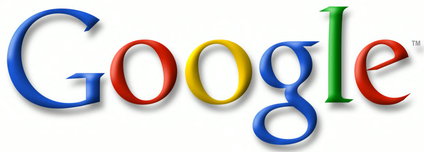








Anno 1-3



Dr. G. MOYNE.
OCULISTA
Largo Montecalvario
NAPOLI

BOLLETTINO DI OCULISTICA

BOLLETTINO DI OCULISTICA

PERIODICO MENSILE

DIRETTO

DAL DOTT. ANDREA SIMI

ANNO I.

FIRENZE
TIPOGRAFIA COOPERATIVA
Via Monalda N. 1

1879.

Anno I. Firenze, 1° Settembre 1878. N. 1.



BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprêtes que des oracles.
(GERAUD TEULON, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.

Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. SIMI, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

Al Lettore.

Lo scopo che ci proponiamo con la pubblicazione del nostro Bollettino può dirsi in poche parole: In primo luogo vogliamo mettere a disposizione dei medici un foglio periodico, ove si raccolgano quelle loro osservazioni riferentisi a malattie oculari, che presentemente ci è parso vadano perdute o non cadano sotto l'occhio degli specialisti. In secondo luogo desideriamo di poter dare periodicamente ai pratici stessi, breve e succinta notizia di ciò che più importante si verifica nella pratica dei cultori speciali delle malattie degli occhi.

La ragione che ci ha spinti a questa nostra fatica, si fu il convincimento che l'oculistica acquisti, ogni giorno di più, la tendenza a rendersi indipendente dalla policlinica, e questa a farsi troppo incurante di quella. E che ciò sia male, non staremo a dirlo, perchè anche la storia chiaramente lo addimostra, e tutti possono prevedere che, dato l'aumento delle condizioni attuali, finiremo per vedere l'arte caduta in mano degli empirici, e la scienza conservata ed interpetrata soltanto da qualche oracolo.

Il Bollettino non ha collaboratori perchè ne pare che di

diritto ne debbano essere tutti i clinici, ai quali è data fin d'ora piena facoltà per pubblicarvi le loro osservazioni, per inserirvi le critiche alle osservazioni pubblicate nel medesimo, e per servirsene liberamente per tutte quelle forme di pubblicazione, che possono far raggiungere lo scopo sopraccennato.

Il Bollettino per ora non può promettere tavole o figure dimostrative perchè i suoi mezzi sono scarsi, nè può per ora essere pubblicato in maggiore numero di pagine. Ma tale qual'è, viene offerto gratuitamente; e se incontrando il favore dei nostri colleghi, potremo avere coadiuvazione pecuniaria per mezzo degli abbuonamenti, tutto il denaro sarà impiegato per aumentare le pagine di stampa, e per dotarle di figure e di tavole litografate.

Intanto noi distribuiamo le materie delle quali dovremo occuparci, nei titoli seguenti:

1. Lavori originali.
2. Riviste ed estratti dei giornali.
3. Formulario.
4. Varietà.
5. Annunzi bibliografici.
6. Notizie.

Se l'opera nostra sarà priva d'ogni merito e di ogni utilità, almeno si tenga conto della nostra intenzione, giacchè non ci inspiriamo ad altro che all'amore grandissimo che portiamo agli studi nostri.

La Direzione.

LAVORI ORIGINALI

UN CASO DI SINDECTOMIA

Giuseppe Zucchi di Arezzo, si presentava alla Medicheria il 9 Aprile 1878. Era completamente cieco dall'occhio destro, e dall'altro distingueva la luce dalle tenebre. Egli soffriva di granu-

lazioni palpebrali da molto tempo; era stato medicato in variate maniere con maggiore o minore benefizio temporario; ma finalmente sopra ambedue le sue cornee si era sviluppato un panno grasso con vascolarizzazione abbondante ed appunto da questo veniva la sua cecità. Le condizioni generali erano assai buone presentemente, ma per l'addietro, aveva sofferto violenti dolori di capo, più specialmente a destra, accompagnati da vomito e vomiturazioni abbondanti. Accennava ad aver sofferto qualche disturbo nella motilità delle palpebre dell'occhio destro. Ciò ne fece sospettare che almeno per quest'occhio, le lesioni cheratiche potessero, oltre che nel tracoma, riconoscere la loro cagione nella disturbata innervazione della cornea. Evidentemente per essere utili a questo uomo, non poteva pensarsi che alla *tonsura congiuntivale*, o alla produzione d' una ottalmoblenorrea per inoculazione. Escludemmo la seconda medicatura, perchè non è molto prudente praticarla quando l' infermo non può poi essere convenientemente isolato. Praticammo la sindectomia seguendo la maniera di fare del Furnari, della quale diremo fra un momento, ed avemmo a sinistra ripristinazione della cornea nelle condizioni normali; a destra avemmo perforazione della cornea con piccola ernia dell' iride, onde successo ritardato, non anche raggiunto, ma non compromesso.

Il metodo del Furnari non varia essenzialmente da quello consigliato e praticato da tutti gli oculisti: pure offre qualche particolarità, per accennare la quale, abbiamo riportato appunto questa storia. Il Furnari vuole che si asporti tutta la congiuntiva, il tessuto episclerale, e con tanta diligenza vuole distrutti tutti i vasellini che scorrono in questo, che per poterli tagliare uno per uno, li afferra con un uncinetto pungentissimo. E non contento, li cauterizza toccandoli con un pennello bagnato nell'acqua e strofinato sopra un pezzo di pietra infernale. E la medesima diligenza pone a distruggere il panno sulla cornea, perchè ne escide quanto più può, e poi lo gratta e poi lo cauterizza.

Chi vede fare quest'operazione per la prima volta, la trova una operazione che ha del barbaro, che è spietatamente generosa nel distruggere. E molti chirurghi pensando pur così, hanno stabilito doversi praticare sugli infermi cloroformizzati (e ciò va bene), e potersi limitare alla escisione della congiuntiva e dei più grossi vasi episclerali. Frattanto noi fummo testimoni di operazioni praticate da

Furnari e di altre fatte da altri chirurghi con più temperata misura: noi ne praticammo pur qualche volta seguendo i precetti di questo o di quello, ma i resultati ci mancarono o li avemmo incompleti, quando non fummo nel distruggere generosi, sia col ferro, sia col caustico, ed i resultati furono sempre buoni nella opposta maniera. Anzi rimanemmo sempre meravigliati che ad un traumatismo che in apparenza era sì grande, conseguitassero reazioni piccolissime o per poco non dissi nulle. Nel nostro caso attuale non fu così per la cornea destra, ma si noti che prima dell'operazione avevamo ammesso una lesione neuro-paralitica.

Intanto saremmo grati ai nostri colleghi se volessero comunicarci o qualche storia di sindectomia o qualche studio in proposito che valesse a confermare o a contradire l'opinione che abbiamo sulla necessità di praticare l'operazione così estesamente come abbiamo detto. A. Simi.

SEZIONE DEL NERVO OTTICO

Annunziata N. dimorante Via della Chiesa in Firenze, fu attaccata, or sono due anni, da una coroidite nell'occhio destro, durante lo svolgimento della quale ebbe lo scollamento della retina. E così da quell'occhio aveva perduta completamente la facoltà visiva, nè poteva sperare di riacquistarla, ma intanto era continuamente tormentata da sensazioni luminose subiettive che l'avevano ridotta a non aver riposo, nè il dì, nè la notte, a doversi lamentare di continua agitazione dello stomaco, a provare vertigini, ed in qualche momento a far sospettare che potessero alterarsi le facoltà mentali.

In simile stato di cose parve plausibile sottoporre l'inferma alla sezione del nervo ottico, giusta quanto fu già consigliato da Von Graefe in un caso che rassomiglia a questo: e poichè se ne ebbe un favorevole resultato, ci par bene ricordare il processo operatorio e significare brevemente l'andamento delle cose.

L'inferma era giaciuta e non cloroformizzata. L'ajuto divaricava le palpebre. L'operatore afferrato l'occhio con pinzette a dente di lupo, lo attrasse molto in avanti per mettere il nervo ottico in tensione. Poscia con un coltellino stretto ed appuntato penetrò nell'orbita rasentandone la parete esterna. Allora con un movi-

mento di sega recise il nervo che era teso per la trazione fatta per mezzo delle pinzette.

Un senso di resistenza vinta avvertì l'operatore della sezione effettuata. L'inferma ebbe un fosfeno. Immediatamente si formò un'ecchimosi estesa dell'orbita e delle palpebre, e tale che senza essere stati avvertiti, avrebbe potuto dare qualche apprensione.

Infatti, subito, le palpebre ringonfie non lasciarono più scuoprire l'occhio, e questo divenne esoftalmico. Le applicazioni di acqua fresca, ed una fasciatura compressiva bastarono poi alla cura consecutiva. L'operazione raggiunse, senza inconvenienti, lo scopo per il quale era stata praticata. A. Simi.

RIVISTE

La retino-coroidite palustre. — Studio di F. Poucet. (*Annales d' oculistique*. Maggio Giugno 1878).

Le lesioni della vista nell'infezione palustre sono cosa già notata da tempo e comunemente. Non è così per le condizioni oculari, alle quali tali lesioni funzionali sono dovute.

Le condizioni morbose, alle quali alludiamo, si ubicano nel fondo dell'occhio, e secondo l'Autore si troverebbero 10 % sulle cachessie ed anemie palustri da lui studiate, ricercate all'ottalmoscopio. Ma invece con lo studio microscopico si trovano molto spesso, e consistono in una retino-coroidite. Esempio questo per intendere, anche una volta di più, come non si possano escludere lesioni anatomiche quando non si verificano con lo specchio oculare.

I fatti ottalmoscopici sono disturbi circolatorj: alterazione del colorito papillare (tinta grigia sudicia della zona media del N. O.); edema peripapillare; emorragie punteggiate alla periferia e larghe al polo posteriore. Questi fatti sogliono succedersi nell'ordine col quale li abbiamo notati.

L'esame microscopico di un occhio proveniente da un uomo morto di perniciosa, fece notare quanto appresso:

1° *Papilla e retina.* — Taglio perpendicolare della *retina.* — La papilla è rigonfiata, come ne' casi di perfetta nevrite ottica.

Lo spazio vaginale della guaina è dilatato moltissimo. I capil-

lari che iniettano la papilla rigonfiata, con un ingrandimento di 250 D., mostrano contenere esclusivamente dei globuli bianchi, con una macchia nero-carbone al centro. Questi globuli per la reciproca pressione hanno presa la forma poligonale, e l' insieme dei nuovi nuclei pigmentari, forma come un mosaico della grandezza del capillare (melanosi palustre). La parete propria di questi vasi non è in proliferazione. Le fibre del nervo ottico sono dissociate dall' edema. Tutti i vasi grossi hanno la guaina edematosa; le pareti sane. Contengono grossi elementi pigmentari, ma indipendenti da proliferazione locale. Tutti i vasi della retina sono pigmentati come quelli della papilla. Su tutta la retina nessuna traccia d' infiammazione perivasale.

2° *Coroide*. — Taglio perpendicolare. — I grossi vasi hanno molti globuli bianchi e pochi rossi, e più il calibro dei vasi diminuisce, più accresce il numero dei globuli bianchi pigmentati. Pure i globuli rossi sono apprezzabili, mentre nella papilla si disse che erano totalmente scomparsi. Nessuna traccia di proliferazione delle pareti vasali, tranne nei più grossi, dei quali alcuno sembra mostri in certi punti alterato l'endotelio.

Oltre ciò si hanno ammassi di globuli bianchi fuori dei vasi; vere emorragie per diapedesi.

3° *Retina studiata a piatto*. — Si scorgono evidentissimi degli emboli per l' ammasso di globuli pigmentati. Ciò spiega la natura meccanica delle emorragie. Le fibre nervose e le cellule simpatiche sono intatte.

4° *Coroide a piatto*. — Tanto l'epitelio che i capillari formano una rete elegante, ma sono varicosi e pieni di molecole nere. Ciò spiega ancora l'embolie e l' emorragie della coroide. L' infiammazione dello endotelio dei vasi coroidei era rara.

Il peritoneo di quest' uomo, conservato nel bicromato e colorito col *picro carminato*, era letteralmente annerito di molecole pigmentarie.

Esame di un occhio proveniente da un uomo morto di cachessia palustre.

Coroide. — Tanto l'epitelio che i capillari sono ripieni zeppi delle cellule già descritte. Poco è il pigmento nelle grosse cellule.

Retina. Tempestata di emorragie puntiformi. I vasi retinici

sono otturati da cellule giganti, ma non offrono la melanemia detta all'altro caso. Alcuni capillari hanno inflammato l'endotelio. Alcune arterie grosse sono affette da sclerosi.

Retino coroidite palustre con albuminuria. — Nella retina tutto ciò che appartiene alla retinitide albuminurica non palustre. Nella coroide si nota di caratteristico lo stato dei vasi, che sono manifestamente presi da endoarteritide. Si vede una proliferazione attiva, generalizzata, con separazione completa (talvolta) di tutta la tunica interna, la quale oblitera il lume del vaso. Gli elementi nuovi passano presto alla degenerazione grassosa. Si trovano poi grossi elementi (giganti) impregnati di pigmento.

Le amaurosi *sine materia* legate alle febbri intermittenti, nelle quali, nè gli antichi autori, nè i moderni, benchè muniti dell'oftalmoscopio, avevano trovato lesioni, debbono dunque riportarsi alla retino-coroidite palustre, con embolia di leucociti malanotici nei capillari.

Enucleazione dell'occhio nei casi di *glioma della retina*. — Il Dott. Santarnecchi ha pubblicato negli *Annali di ottalmologia* (fasc. 1°, an. 7°), la storia di un caso di glioma, e molto a proposito ha preso l'occasione per lamentare che spesso l'unica risorsa terapeutica, cioè *l'enucleazione dell'occhio,* sia resa inutile perchè praticata troppo tardi. Ai malati ripugna il farsi *levare un occhio,* nè credono alla necessità di tale operazione: almeno a temporeggiare, sono consigliati dal medico che trova azzardata la diagnosi e precipitato il consiglio.

Il Santarnecchi ha perfettamente ragione. E siccome in questi casi non si può cercare che l'accertamento della diagnosi venga dal tempo e dallo sviluppo del male, così convien discutere le condizioni dell'infermo con chi è abituato a studiare le malattie oculari, e riconoscere la malattia al suo principio per non ritardare inutilmente l'operazione.

E per questo si fa voto onde, in casi simili, i medici vogliano occuparsi di persuadere gl'infermi o meglio i loro parenti in un modo opposto a quello che loro vien fatto al presente.

FORMULARIO

Pomata d' ossido giallo di mercurio detta del Pagenstecher.

Pr. Ossido giallo di mercurio, 0,10 ovvero 0,15 centigram.
Vaselina bianca (1) . . . . 10 gram.

Pomata utile alla congiuntivitide granulosa.

Pr. Nitrato d'argento cristallizzato . . . . gr. 0,05
Vaselina bianca (2) . . . . » 5, o 10.

Sudorifero e scialagogo.

Pr. Idroclorato di pilocarpina . . . . . centigr. 10
Acqua stillata . . . . grammi 5

Fai soluzione da usarne 20 goccie per uso ipodermico.

Collirio contro le granulazioni.

Pr. Acido fenico (3) . . . . gr. 5
Glicerina . . . . » 25

(1) È un prodotto farmaceutico che si ricava dalla distillazione incompleta del petrolio.
(2) Il nitrato d'argento unito alla vaselina, non si altera quasi nulla all'azione della luce o dell'aria.
(3) Dalle osservazioni fatte nella medicheria dal Dott. Simi la dose dell'acido fenico è eccessiva. Il collirio è utile quando l'acido stesso sia ridotto a 1 o 2 grammi al più.

ANNUNZI BIBLIOGRAFICI

A. Fabre. — *Des polypes de la conjonctive.* Thèse de Paris, 1878.

M. Goingt. — *Contribution à l'étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central.* Paris, 1878.

NOTIZIE

— Al Congresso dell'Associazione Medica Italiana, che sarà tenuto in Pisa dal 22 al 28 settembre, il Dott. Lampredi parlerà sull'uso del Calabar e del solfato neutro d'eserina nella terapia oculare.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*
Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno I. Firenze, 1° Ottobre 1879. N. 2.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

DIRETTO

dal Dott. ANDREA SIMI

Si pubblica il 1° di ogni mese.

Prezzi d'Associazione:

Per l'Italia, un Anno L. **2.** — Paesi dell'Unione Postale L. **3.**
Un numero separato Cent. 50; arretrato L. 1.
Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.

Quanto si riferisce alla *Direzione e Redazione* del Bollettino deve dirigersi al Dott. ANDREA SIMI, via de' Servi, N. 9. — *Vaglia, commissioni e reclami*, al Sig. Carlo Collini, Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1 (presso la via Porta Rossa).

FIRENZE
TIPOGRAFIA COOPERATIVA
Via Monalda N. 1
1878

Scala tipografica per misurare l'acutezza visiva.

(Vedi pag. 15).

N. 1 — *leggibile a 0m, 75.*

Ghirlande di cipresso e di lauro ne coronavan la bara; a man piena il lauro spargeasi dinanzi ai pass di chi lentamente traendolo, parea che, interpretando il comun desiderio, prolungar volesse negli animi il conforto del dolore.

N. 2 — *leggibile a metri 1,25.*

Smarriti ed attoniti intorno al Defunto i discepoli, e procedendo fra i sospiri, non osavan mirarsi l' un l' altro; finchè giunsero al loco che calma tutte le passioni, che distrugge tutte le gare, che tronca per sempre tutte le speranze del mondo.

N. 3 — *leggibile a metri 1,50.*

Un fremito di trepidazione e di spavento ne invase le membra all'aprirsi del sepolcro, e poichè la fredda spoglia discese nella pace dell'eternità, il marmo che richiuse la tomba, parve che rimbombasse a tutti nel cuore.

N. 4 — *leggibile a metri 7,50.*

E A P U

Anno I. Firenze, 1° Ottobre 1878. N. 2.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour inter prètes que des oracles.
(Geraud Teulon, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.

Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. Simi, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

Al Lettore.

Ringraziamo i nostri colleghi per le accoglienze oneste e liete che hanno fatte al *Bollettino,* e per parte nostra corrispondiamo col raddoppiare le pagine del medesimo, tenendo immutato il prezzo di abbonamento.

Ma a quanti hanno inteso incoraggirci ponendosi fra i nostri abbonati, facciamo calda preghiera perchè vogliano aiutarci inviandoci qualche loro scritto da inserirsi nel *Bollettino.* La Direzione.

LAVORI ORIGINALI

CONTRIBUZIONE ALLO STUDIO DEI CORPI ESTRANEI NEL SACCO CONGIUNTIVALE

Il 2 settembre u. s. fu recato alla medicheria del dott. Simi un bambino di circa 4 anni, appartenente a famiglia colonica. Bene sviluppato per la sua età, era in condizioni generali eccellenti. Spaventato per la nuovità del luogo, piangeva e reagiva con la energia propria di un ragazzo di campagna. Aveva l' O. D. un po' arrossato e lievemente catarroso, ma l' O. S. richiamava l'at-

tenzione per alterazioni visibilmente più gravi, ed i parenti avevano dovuto recarlo per questo. Interrogati, essi raccontarono: Tre mesi fa, senza ragione apprezzabile, dalla sera alla mattina l'occhio si arrossò, si gonfiò, si chiuse. Durante tre mesi nessuna cura antiflogistica (collirj d' ignota composizione, mignatte, ghiaccio, ecc.) mitigò il male, nè molto, nè poco.

All'esame obiettivo riscontrasi: 1° La palpebra superiore tumefatta e rossa, che s' imbrica sulla inferiore; 2° Secrezione congiuntivale aumentata e modificata in modo che un materiale mucopurulento imbratta la gota. (*Congiuntivilide catarrale intensa*). Si alza la P. superiore e comparisce un corpo rosso cupo, tomentoso che a tutta prima sembra costituito dalla parte anteriore del globo oculare ricoperto da bottoni cellulo-vascolari. Ma, questo corpo non aderisce al globo oculare, se ne può distaccare, e risulta come una seconda palpebra: cioè una membrana interposta fra la palpebra e l' occhio. Dessa sanguina con grande facilità; ma tanto la forma, quanto la posizione ed i rapporti e fino ad un certo punto le condizioni anatomiche fanno vedere che questo velamento è costituito dalla congiuntiva del solco oculo-palpebrale che si è prolassato. Esaminata minutamente offre nella sua faccia posteriore (posizione attuale) un *piccolo punto giallastro.*

Intanto la cornea è opacata per intenso processo di flogosi parenchimatosa.

In tali condizioni ne parve che le lesioni della palpebra e quelle della cornea dovessero essere secondarie e che il processo morboso si fosse sviluppato e principalmente svolto nel cul di-sacco congiuntivale ed in alto. E quale? Escludendo tutti i mali cronici, escludendo tutti i fatti traumatici apprezzabili al momento del loro avvenire, perchè la storia non li accennava, non potendo ammettere nessuna lesione che traesse origine dalle condizioni generali, chè invero erano ottime, non appagando l' ipotesi del *colpo d'aria* perchè questi colpi sono i meno *ponderabili* di tutti e poichè in tal caso difficilmente si avrebbe avuta lesione unilaterale, parve dover ragionare così: — Ammettendo che nell' O. siasi annidato un corpo estraneo potrebbe aversi sufficiente ragione del male e potrebbe intendersi il silenzio della storia a tal riguardo, perchè spesso i bambini presentarono casi simili senza darne conto e senza che i parenti ne sospettassero.

Si ricominciò l'esame diretto e si portò specialmente l'attenzione sul puntolino giallo sopraccennato. Al tatto ivi era una durezza, alla compressione laterale una lieve sporgenza. Appariva come una pustoletta acneica. Su questa si fece una trazione e ne venne fuori con facilità la spoglia di un granello di loglio con le sue *teghe* e un pezzetto di picciuolo.

Il 14 settembre il bambino era guarito, sol conservando un po' di opacità della cornea.

Epicritica. — Casi di questo genere non sono rari e l'oculista deve star sempre preparato a saperli riscontrare. Nel caso attuale tutto portava a stabilire la diagnosi perchè nei tre mesi di malattia le cose avevano preso distintissime apparenze, ma la diagnosi avrebbe dovuto essere stata fatta tre mesi più presto. Allora tutta la questione l'avrebbe soluta una esplorazione ben fatta. E la istantaneità della malattia, la sua violenza fin da principio, l'essere unilaterale l'avrebbero consigliata. Per fare poi questa esplorazione non basta il sollevare le palpebre, al che molti si limitano, nè giova a sufficienza neanche il rovesciarle come fanno gli osservatori un po' più diligenti. In tal modo non si vede che la porzione tarsica della congiuntiva (e su questa non sogliono fermarsi che corpiciattoli piccolissimi e laminiformi). Bisogna invece esaminare il fornice, e questo si fa assai bene se prima si arrovesci la palpebra e poi si applichi un elevatore e la si sollevi quanto è possibile. E tal modo di esplorazione giova assai più della esplorazione fatta con l'apice del piccolo dito come taluni consigliano. Infatti alcune volte si è veduto, trattandosi specialmente di *teghe*, che queste s'internano nel tessuto, e non rilevano nella congiuntiva, nè danno luogo a durezze; ed allora il tatto non giova a nulla. Se invece si applica la vista, ci può far scuoprire il corpo estraneo od una chiazza d'iperemia che corrisponde al suo giacimento, o un filo di muccosità che in generale corrisponde al punto dove il corpo estraneo è penetrato.

Si osservi poi che conviene non lasciarsi portare fuori di strada nelle ricerche, dal sentirci raccontare che le lesioni che noi supponiamo dovute al corpo estraneo furono precedute da qualche disturbo, come per esempio da un catarro congiuntivale lieve. Allora saremmo tentati di supporre che il male si è svolto lentamente e che si è aggravato e non complicato. Questo errore si vide

più volte e si spiega forse assai facilmente pensando che per l'esistenza del catarro l'occhio ha perduto la sua normale sensibilità tattile, le palpebre non si muovono con l'agilità abituale ed i cigli appiccicati e riuniti a mazzetti non formano più quell' armatura di difesa alla quale sono destinati.

Pur troppo qualche volta una buona esplorazione è resa impossibile dalla tumefazione delle parti, ed allora conviene rimandare l'esplorazione stessa e la consecutiva estrazione del corpo estraneo, a quando le condizioni siano modificate da una terapeutica di attività proporzionata. Nei registri della nostra medicheria è la storia di un individuo, il quale, traversando un bosco sentì entrare un corpo estraneo, nel suo occhio sinistro, e che l' indomani aveva tal chemosi palpebrale che rese impossibile qualunque manualità. Ma appena diminuito il turgore per l'applicazione delle mignatte e del ghiaccio, lasciò vedere nel cul di sacco congiuntivale in fuori ed in alto, nientemeno che una *gemma d'albero di non mediocre volume*. Come era penetrata?

E dai registri medesimi si può estrarre con una qualche utilità la storia succinta di due casi che si presentarono in modo da recare sorpresa.

N. N. di anni 7 ed N. N. di anni 9, ebbero una vescicoletta al lembo cheratico all'estremità interna del diametro orizzontale della cornea. Medicati come d'abitudine, e quasi guariti, un bel giorno tornano in casa dopo essere stati in giardino, subito dopo la medicatura, e spaventano i genitori con il loro pianto. L'occhio si arrossa, si tumefà e lacrima assai.... Via pel medioc....

All'esplorazione (1.° Caso dottor Simi e 2.° Caso prof. Palamidessi) si vede ove prima era una pustola, un corpiciattolo sferico, nero. lucente che pareva venire attraverso il tessuto cheratico. Era un'ernia dell'iride? Ne aveva tutte le apparenze e per un momento potè imporne. Ma nell' un caso e nell' altro ne fece ricredere il trovare l' apertura pupillare perfettamente rotonda e nel centro della camera anteriore.

Quello era semplicemente un corpo estraneo! era il segmento addominale del dermato-scheletro di un insetto penetrato nell'occhio quando i bambini piangenti per la sofferta medicatura andarono nel giardino, che si era fermato ove era stata la pustoletta, perchè ivi era scabra la superficie, che ivi aderiva perchè aveva

contorni seghettati, che di lì non si remuoveva perchè le palpebre in quel punto hanno poca azione e perchè essendo a superficie curva e levigatissima eludeva l'azione della palpebra stessa.

A. Simi.

CONTRIBUZIONE ALLO STUDIO DELLE MALATTIE DELLA CORNEA

Angiolo C. del popolo di Bagno a Ripoli presso Firenze è un uomo di circa 60 anni di età. Ha buonissima costituzione, e non ebbe mai malattie di importanza. Non offre i segni di alcuna diatesi, nè soffrì di alcun inquinamento. Nove giorni innanzi la nostra prima visita (5 agosto p. p.), nel tempo che accudiva a certe sue faccende campestri fu colpito nel segmento inferiore ed esterno della cornea dell'occhio destro da una scheggia di legno e ne riportò una lieve contusione. Egli non credette necessario sospendere il suo lavoro, nè ricorse ad alcun medico finchè una cheratitide violenta seguitane dopo 4 giorni, non ve lo costrinse con dolori acutissimi alla fronte, e finchè non gli venne paura per l'offuscamento gravissimo della vista. Il medico gli prescrisse un trattamento curativo antiflogistico, la base del quale era l'atropina. Ma da ciò gli venne soltanto il benefizio di avere le algie un po' diminuite, chè il processo flogistico della cornea non si mitigò punto, e non tardò a costituirsi del pus che da principio formò un lieve deposito nel punto più declive della cornea stessa (onice), ma che poi la invase tutta al punto di non lasciarne esente altro che una piccolissima porzione a forma di lunula in alto ed in dentro. In queste condizioni noi lo visitammo. Ci mancò il mezzo di renderci intesi delle condizioni della camera anteriore e della regione pupillare, per la completa opacità della cornea; e per questo noi non possiamo dire se vi fosse anche ipopion, nè potevamo sapere se vi erano sinechie o meno. Trovammo la tensione dell'occhio non aumentata in modo apprezzabile. Trovammo un cerchio pericheratico discreto, regolare e quale è proprio della cheratite. Non vi era edema congiuntivale, nè palpebrale. In una parola non vi erano segni per ritenere che la ragione traumatica avesse primitivamente o consecutivamente offeso altro tes-

suto all' infuori di quello cheratico. Ma questo tessuto ormai era offeso profondamente e in massima parte era rammollito.

Il dare esito al pus ci parve una necessità, perchè lasciando al loro posto le teorie, ormai la pratica ha dimostrato a tutti i chirurghi che il modo per rendere meno estesi i danni di un abscesso è quello di vuotarlo. E qui poi si vedeva chiaramente che l'ingrandirsi dell' abscesso aveva fatto mano mano elevare il livello del liquido come segue negli abscessi per congestione, e come avviene per qualunque liquido che si versa in un recipiente. E di pari passo erasi intorbidato e guasto il tessuto cheratico, onde poteva temersi che soprassedendo alcun poco fosse per non restar più vestigio alcuno di cornea integra. Ma la estensione della lesione era tale che a nulla poteva approdare una leggiera puntura dell' abscesso, o la paracentesi della camera anteriore come talvolta fu fatto. Vi voleva una larga apertura e noi ce la procurammo introducendo fra le lamine della cornea ed in basso un coltellino lineare del Graefe, costruendo un lembetto con gli strati più anteriori del tessuto. E poichè questo tessuto era rammollito e doveva necessariamente cadere in sfacelo ci parve seguire norme di buona chirurgia escidendolo. Ed infatti lo escidemmo. E poi per diminuire la tensione sulla cornea così assottigliata pungemmo il fondo della piaga e votammo l' umore acqueo. Instillammo della calabarrina, da ripetere ogni tre ore, e rimandammo il malato alla visita del pomeriggio.

Dopo poche ore, è naturale non si trovasse un miglioramento apprezzabile. Ma perchè ci eravamo persuasi di avere scelta quell' unica via che nel caso poteva portarci a qualche cosa di buono volemmo completare la nostra operazione. e per mezzo di un lanceotomo facemmo per infizione dei lembetti cheratici molteplici, mercè i quali togliemmo esattamente e con cura tutti gli strati rammolliti della cornea che riducemmo quasi alla sola membrana del Deschemet, rispettando soltanto la parte piccolissima che, come sopra si disse, non aveva pus. Lavata la ferita con una soluzione di cloroidrato di pilocarpina (che ha un'azione simile alla calabarrina, se non che più debole) si prescrissero lavande simili ogni due ore. Così la ferita si mantenne sempre pulita: della cornea integra non se ne guastò più la minima porzione, e quella decorticata si rese trasparente abbastanza da permetterci di vedere la pupilla e co-

noscere che aveva contratte delle aderenze in stato di dilatazione, onde facilmente si sarebbe prestata al suo ufficio se ci fosse rimasta trasparente anche una parte assai periferica della cornea. E siccome così fu veramente, così il malato da quell' occhio rivide, e bene. E ciò al trentesimo giorno di osservazione, durante la quale, videsi abbassare lo scalino che divideva la cornea sana da quella ammalata, videsi aumentare l'estensione di quella, non oso dire se per neoformazione o per una specie di stiramento fatto su essa dalla cicatrice che avvenne nella parte distrutta; e videsi la parte che corrispondeva alla distruzione medesima impiccolirsi, ricuoprirsi di un velamento connettivo opaco, ma che per la sua sottigliezza faceva trasparire le parti sottoposte. In questo punto la cornea era piana.

Dicemmo più sopra che il malato rivide e bene: infatti egli fu in caso di leggere i caratteri ordinarii di un giornale (1), (2), e come si direbbe in oculistica ebbe V $^{12}/_{20}$. Non è escluso che l'infermo possa sempre migliorare. A. Simi.

(1) Siccome occorrerà parlare spesso in questo Bollettino di maggiore o minore quantità di visione, conviene che i lettori e collaboratori conoscano la misura concertata a tale scopo dagli oculisti. Queste misure sono fatte da una scala di caratteri che si fanno leggere ad una data distanza. Fra non molto ne parleremo in un articolo apposito; intanto nella copertina di questo numero del Bollettino faremo stampare alcuni caratteri tipografici che ci serviranno provvisoriamente di scala fino a che non avremo le condizioni per farne incidere una appositamente.

(2) Qualcuno parlando o scrivendo sull'applicazione della calabarrina alle malattia della cornea mostrò d'ignorare che noi fummo i primi ad impiegarla e che nel 1873 pubblicammo una storia clinica che non lascia dubbio a questo riguardo. Non diciamo questo per altra ragione che per rinfrancarci, ora che tutti cantano le lodi della calabarrina, di quel dispiacere che ci venne dalle critiche fatteci in quel tempo nel quale eravamo soli ad amministrare questo medicamento.

RIVISTE

Di alcuni casi di malattie oculari curati con l'eserina. — (*Giornale delle malattie degli occhi*, per Francesco Morano, anno I, fasc. 7-8, luglio-agosto).

L'A. racconta 7 storie che gli appartengono, delle quali 6 di-

mostrano indubbiamente l'utilità di questo medicamento e come a proposito egli lo avesse adoperato.

Queste 6 storie si riferiscono a varie forme di cheratite nelle quali tutte vi era formazione di pus. Ebbe dei resultati bellissimi; ma in ciò ormai non vi è più nulla di nuovo. La settima storia riguarda un ammalato di irido-ciclite, il quale non mostrava di migliorare nelle sue condizioni sotto la cura ordinaria, costituita da cataplasmi tepidi, da mignattazioni, dall'uso del calomelanos con oppio, atropina ecc. Egli instillò una goccia di solfato di eserina ogni 3 ore, e con questo trattamento, egli dice: « riattivatosi lo *scambio materiale e messe in attività le secrezioni endobulbari,* dopo 2 giorni si verificava abbondante sudore, catarro buccale ed intestinale: la pupilla si era ristretta notevolmente, la iniezione pericheratica assai diminuita. Ritornai all'uso dell'atropina, ed instillatane due goccie, potetti verificare dopo due ore la midriasi completa, e le sinechie del tutto dissipate. L'ammalato dopo 3 settimane era guarito. »

Nel mentre che non mancano i fatti per ritenere che l'eserina possa essere utile nella irido ciclite, il caso riportato dal D.r Morano, ce lo permetta l'egregio collega ed amico nostro, non ci sembra tale da convincerci troppo. Nè egli potrebbe escludere che il benefizio da lui riscontrato non dovesse ripetersi dall'azione del calomelanos piuttosto che da quella dell'eserina.

Resoconto statistico delle malattie oculari, curate nella medicheria ottalmojatrica del D.r Andrea Simi l'anno 1877. D.r Danesi Girolamo. (*Lo Sperimentale,* fasc. 9 Settembre 1878).

Il Bollettino non può occuparsi di questo lavoro per quelle ragioni che i legali direbbero d'incompetenza di persona; invece accoglierà con piacere quelle osservazioni che gli fossero trasmesse da persone estranee affatto alla Direzione del giornale.

FORMULARIO

Avviso

Nel formulario del N° precedente fu inserita la formula di una pomata di nitrato d'argento il cui eccipiente è la vaselina. Quella pomata ha seguitato a darci ottimi effetti; per altro siccome il

nitrato d'argento è perfettamente insolubile nella vaselina così può accadere che qualche fragmento di questo sale rimasto un po' troppo grosso alla triturazione, produca una qualche cauterizzazione troppo intensa sul punto della congiuntiva o della cornea col quale viene a contatto. Noi ne avemmo, disgraziatamente, due esempi. Ora ad evitare questo inconveniente abbiamo preso il compenso di fare sciogliere il nitrato in poca acqua distillata. L'esperienza ci ha insegnato che due gocce d'acqua bastano a sciogliere 10 centigrammi di nitrato, e che queste gocciole d'acqua si mescolano benissimo a 10 grammi di vaselina.

Per questo a quella formula desideriamo sia fatta questa modificazione.

Collirj solidi.

Le sostanze liquide hanno per l'oculista molti inconvenienti pratici. I dischi gelatinosi di Stratfield e di Arlt sono molto più comodi, ma sono troppo costosi.

In sostituzione si consigliano dei lapis fatti con il medicamento che vuolsi adoprare, come atropina, calabarrina, solfati minerali ecc. Ed ogni medico può farseli preparare dal suo farmacista, e farseli preparare più o meno solubili.

Per la medicheria del Dott. Simi il Sig. Margarolo (16, Via del Proconsolo) ne ha preparati alcuni che sono convenientissimi.

Collirio del Dr. Luton, consigliato nella oftalmia de' neonati (1).

Pr.	Tintura di iodio	1 parte
	Acqua di lauro ceraso	20 parti.

Collirio di Cloroidrato di Pilocarpina (2).

Pr.	Cloroidrato di pilocarpina	centigr. 5
	Acqua distillata.	gr. 10

F. soluz.

---

(1) L'Autore lo consiglia come superiore in efficacia al nitrato d'argento, come innocuo e non producente dolore. Si dovrebbe usare 6 volte al giorno instillandolo nel sacco congiuntivale ed applicandolo all'esterno delle palpebre. Nella medicheria del Dott. Simi non ha corrisposto, pure ne verrà proseguito l'esperimento.

(2) Nella medicheria del Dott Simi è adoperato in sostituzione della calabarrina delle malattie della cornea, perchè ha un'azione miotica più blanda e non da luogo alle nevralgie frontali come la calabarrina.

VARIETÀ



Amaurosi simulata. — La simulazione dell'A. completa dai due occhi è caso rarissimo, perchè difficile a farsi. In generale si tratta d'individui che affetti veramente da malattia oculare e per questo privi in gran parte della vista, fingono di essere totalmente ciechi per venire ammessi in un ricovero, o cose simili. La presenza di lesioni nel fondo oculare può ingannare il medico, e siccome tutta la quistione è raccomandata alla pratica nel maneggio dell' oftalmoscopio, così questi son casi nei quali è bene ricorrere al parere dello specialista, che pur molte volte dovrà restar dubbio.

L' amaurosi simulata da un occhio solo (questo avvien facilmente negli inscritti alla leva militare) si scuopre per mezzo di un facile esperimento. Si presenta all' individuo uno stereoscopio perfettamente chiuso e si fa attenzione che egli vi guardi con ambedue gli occhi aperti. Nello interno dello strumento vi sono due figure, e possono essere due sillabe, per esempio: CE, PA, più ravvicinate di quanto dovrebbero essere perchè secondo il valore convergente dei prismi che guarniscono le aperture dello strumento, si dovessero vedere sovrapposte, e perchè invece si vedano incrociate come PA CE. Se l' individuo legge le due sillabe gode visione ad ambedue gli occhi. Se maliziosamente vuol sopprimere una sillaba, sopprime quella dal lato dell'occhio finto amaurotico, e se era il destro, dirà di leggere soltanto PA. Ma PA è visto con l'occhio destro, dunque l' individuo finge. Un contro esperimento può farsi ponendo la due sillabe a maggiore distanza onde non avvenga incrociamento.

Avvertenza necessaria: Attendere che l' individuo non chiuda un occhio.

ANNUNZI BIBLIOGRAFICI (1)

E. PANAS. — *Des rètinites*, Paris 1878.

G. CAMUSET. — *Manuale di oftalmologia*, tradotto dal francese sotto la Direzione del Prof. Albini, Napoli 1878.

(1) Di tutti lavori dei quali sieno inviate due copie alla Direzione del Bollettino sarà reso conto con apposito articolo bibliografico.

NOTIZIE

Al Congresso che l'Associazione medica tenne in Pisa, la mattina del 23 settembre non fu possibile formare il seggio per la Sezione che doveva occuparsi della ottalmojatria, per iusufficienza del numero dei convenuti. Non vi erano che quattro medico-chirurghi che si occupano più o meno delle malattie oculari. Nessuno di quei cultori della specialità che per autorità di nome, direbbesi la rappresentano era del bel numero uno.

Questa scarsità del numero degli intervenuti forse in gran parte dipende da quella noncuranza per gli studi ottalmologici che il Bollettino lamentò nel suo primo numero; ma in grado massimo è dovuta a che il Congresso fu male ordinato, ed i lavori preparatori non furono diretti come ne faceva mestieri. I medici che debbono lasciare anche per pochi giorni i loro malati, hanno bisogno di esser sicuri di ottenere dal sacrificio un compenso sufficiente con l'acquisto di nuove cognizioni. Ed oggi siamo in tempi ne' quali è difficile assai rendere interessante un Congresso, dappoichè la stampa ci procura un incessante scambio di cognizioni e dappoichè non può muoverci abbastanza la frase obbligata che un tempo i Congressi scientifici furono mezzo di cospirazione contro la tirannide. Oggi non si cospira più; oggi si studia e si lavora.

Al Congresso era aggiunta una esposizione di strumenti chirurgici, di preparati farmaceutici e di cose attinenti in genere alla medicina ed alla chirurgia. Noi non prendemmo atto che di ciò che riguardava l'oculistica e non vi rinvenimmo nè quanto avremmo desiderato, nè quanto, ci sembra, avevamo il diritto di sperare. Vedemmo alcuni strumenti del Dr. Alessi, i quali ormai non possono più interessare che la storia. Vi erano molti strumenti esposti dal signor Baldinelli di Milano, ma senza notare che apparivano una collezione di strumenti usciti da fabbriche molto diverse, diremo che non ci piacquero, nè per i loro modelli, nè per la finitezza del lavoro.

Il signor Pietro Taffoli di Padova aveva esposta una cassetta,

per le operazioni degli occhi, completa, elegante, con gli strumenti di buon modello e veramente raccomandabile sotto ogni punto di vista. Questa, a nostro giudizio, costituiva quanto di meglio l'oculista poteva trovare in quella Esposizione. Non conoscendo il signor Toffoli, ignoriamo se egli sia o no guidato nei suoi lavori dal consiglio di qualche nostro collega; ma in ogni modo seguitando per la via intrapresa potrà levarci dall'obbligo di comprare i nostri strumenti fuori d'Italia.

Dei bellissimi lavori di ottica erano esposti dal signor Oreste Granchi di Firenze.

In questi giorni si è parlato molto e si parla tuttora di una donna forestiera, la quale in una casa situata presso Orsanmichele riceve più ore del giorno per medicare le malattie degli occhi. Ignoriamo quanto vi sia di vero in questa diceria, nè conosciamo minimamente questa medichessa. Forse all'ufficio municipale d'igiene ne sapranno qualche cosa, ed è sperabile che il barone Reichlin provveda in qualche maniera a far rispettare quelle leggi e quei regolamenti che furon fatti a tutela della pubblica salute.

Il Cav. Dr. **Cammillo Parrini**, ottalmologo e chirurgo distinto, ha cessato di vivere in Pisa la mattina del 24 settembre. Egli si uccideva con due colpi di rivoltella, ed ignoriamo ancora la cagione che lo indusse ad essere contro sè crudele.

La sua perdita ne è dolorosa, giacchè dotato di grande intelligenza e pieno di amore per lo studio, aveva saputo in meno di 40 anni di vita, divenire un chirurgo valente e dotto. Fu anche oculista e della specialità coltivò, ed anche insegnò con plauso alla R. Università pisana, la parte chirurgica ed ottalmoscopica.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1878 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

N. 5 — *leggibile a metri 20.*

aen

N. 6 — *leggibile a metri 50.*

E

Anno I. Firenze, 1° Novembre 1878. N. 3.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprètes que des oracles.
(Geraud Teulon, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.

Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. Simi, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

LAVORI ORIGINALI

MISURA DELL'ACUTEZZA VISIVA

Il compasso del Weber conosciuto da tutti i fisiologi e da tutti i clinici moderni serve a misurare la sensibilità cutanea, perchè questa tanto è maggiore, quanto minore è la distanza necessaria fra le due punte del compasso, onde diano una doppia impressione. L'esperienza che può farsi a questo riguardo è nota. Prendesi il compasso e con le due punte pungesi il polpastrello delle dita, tenendo le punte dello strumento tanto divaricate quanto necessita per avvertire la duplice impressione delle punte stesse. Ciò fatto, se si applica il compasso per esempio alla regione della spalla, le due impressioni scompaiono e per farle riapparire, bisogna che alle medesime venga data una maggiore divaricazione. E se trovata questa misura, il compasso si applica sopra un' altra regione, come sul dorso, conviene dare al compasso ancora maggiore divaricazione, perchè a quella usata per aver doppia sensazione sulla spalla, quando sperimentiamo sul dorso, non ne otteniamo che una sensazione sola.

Ora in questo modo il cercare la sensibilità, o l'acutezza sensoriale di una parte, consiste nel cercare la minore distanza alla

quale due impressioni debbono effettuarsi per dare due sensazioni distinte.

Nè altrimenti accade per la sensibilità della retina.

Ma in questi studi dell'apparecchio sensoriale-visivo, non si può procedere col vero e proprio compasso, ed è quasi ridicolo il dirlo, le punte del compasso di Weber non possono essere portate nell'interno dell'occhio ad impressionare la retina; per altro abbiamo un istrumento che corrisponde al medesimo. Infatti noi possiamo considerare come estremità del compasso di Weber l'estremità di due raggi luminosi, che, partendo da due punti di un corpo, siano fra loro più o meno divaricati secondo che i due punti del corpo stesso siano più o meno lontani; e potrebbe dirsi secondo che il corpo è più o meno grande, se i due punti in questione rappresentano il limite del corpo.

La cosa non ha bisogno di spiegazione ulteriore perchè è chiarissima da per sè. Infatti, se prendiamo due o tre capelli e li mettiamo in un telaio tesi l'uno all'altro parallelamente ad una certa distanza, noi contiamo i capelli ed apprezziamo questa distanza; ma se li mettiamo tanto vicini fra loro che le ombre che fanno sulla retina cadano sul medesimo elemento sensibile, ovvero che la striscia luminosa fatta dagli interstizi non occupi intero un elemento sensibile, allora i capelli non si contano più.

Le lettere dell'alfabeto con i loro segni neri e i vacui e gli spazi bianchi realizzano un'esperienza eguale a quella fatta con i capelli. E servono a misurare la vista, poichè tanto questa può dirsi più acuta, quanto più l'individuo leggendo caratteri piccoli, mostrerà che si possono avvicinare sulla retina due impressioni ed averne due sensazioni distinte.

L'acutezza visiva diminuisce con l'età, varia con l'esercizio e con le condizioni dell'organismo generale. A 20 anni un individuo sano e robusto deve distinguere gli oggetti che gli si presentano sotto un angolo di 5 minuti.

Prendendo questa come normale acutezza, la chiamiamo *V* (visione) 1, che dividiamo in ventesimi ossia $^{20}/_{20}$. Ora *V* nelle diverse età ha questo valore:

10	anni	22 : 20
20	»	20 : 20 = 1
40	»	19 : 20

50	»	18 : 20
60	»	14 : 20
70	»	12 : 20
80	»	11 : 20 quasi $^1/_2$.

Ora è facilissimo vedere che il medesimo angolo si otterrà tanto guardando oggetti grossi che piccoli, purchè questi siano vicini e quelli lontani in proporzione del loro volume. Vi è dunque chiaro un rapporto fra la dimensione dell' oggetto e la distanza alla quale può esser veduto, ossia un rapporto fra l' angolo in questione e l' acutezza visiva. Tanto più l' oggetto cresce e tanto più può allontanarsi.

Per questo: V, si distingue per il rapporto della distanza alla quale le lettere di un numero della scala tipografica (d) sono viste distintamente comparate alla distanza (D), alla quale le lettere del numero si mostrano sotto l' angolo di cinque minuti, ossia:

$$V = \frac{d}{D}.$$

Quando $d = D$ la visione è normale. Quando d è più piccolo di D, la visione è diminuita. Se d fosse maggiore di D, la visione sarebbe sopra il normale.

Esempio:

3 individui leggendo il N. 1 della nostra scala, lo vedono

il primo a $0^m, 75$
il secondo a $0^m, 50$
il terzo a 1^m.

Si avrebbe

Pel primo $V = \frac{0^m, 75}{0^m, 75} = 1 = {}^3/_3$

Pel secondo $V = \frac{0^m, 50}{0^m, 75} = {}^2/_3$

Per il terzo $V = \frac{1^m}{0^m, 75} = {}^4/_3$.

Una scala tipografica, perchè serva al bisogno, deve avere i caratteri che la compongono di diverse grandezze altrimenti non potrebbe adattarsi alle diverse quantità del potere accomodativo, ma queste grandezze debbono essere esatte moltiplicazioni del N. 1, e se vi è bisogno di caratteri intermedi, questi debbono conservare una

proporzionalità esatta. Tale condizione non è raggiunta nella scala da noi offerta (1), e per questo le misure che se ne possono togliere debbono considerarsi come approssimative. Nelle tipografie non si trovano i caratteri adatti e conviene procurarseli facendoli fondere appositamente.

Quando la direzione del *Bollettino* potrà procurarsi una scala conveniente, allora si tornerà ad illustrarla ed allora se ne parlerà anche più diffusamente. A. S.

(1) Vedi copertina del N. 2 del *Bollettino*.

DUE CASI DI CATERATTA TRAUMATICA

CURATI CON LA CALABARRINA

I. — Antonio Troncioni di anni 15, del paese di Fiume di Gattaio, presso Borgo S. Lorenzo, il giorno dell'Ascensione fu ferito all'occhio destro, poichè mentre attraversava una siepe, fu colpito da un ramo di marruca che era stato spostato e messo in tensione da un individuo che lo precedeva.

Per questo colpo ebbe molto dolore. Perdè completamente la facoltà visiva.

Dopo circa giorni 9, veniva in Firenze e si faceva visitare.

Alla prima visita fu riscontrato che la lente cristallina si era rigonfiata e completamente opacata. Non vi era segno di lussazione. La pupilla era larghissima ed immobile, e direbbesi che era paralizzata per la pressione che su lei esercitava la lente stessa aumentata di volume. La circolazione endo-oculare era assai disturbata, a giudicarne dalla iniezione dei vasi pericheratici e perforanti. La tensione oculare aumentata; la visione abolita completamente. Col rischiaramento laterale non riuscimmo a vedere nessuna rottura della capsula cristallina. Lungo i nervi frontali, il malato accusava molto dolore.

I fenomeni più inquietanti, come le algie del 5º paio furono un po' e temporariamente mitigati con l'uso dell'atropina, e dopo pochi giorni potemmo passare ad una discisione. Questa fu praticata, alla maniera del Bowman, con due aghi, e per tanto la capsula

rimase largamente aperta. Ma per dir vero non ottennesi dalla operazione un vantaggio rimarchevole, perchè quasi nullo fu l'assorbimento delle masse cristalline, ed in modo non dubbio aumentò un poco la tensione oculare.

Non scoraggiti dal cattivo risultato, fu ripetuta una seconda discisione, che ottenne l'esito della prima; cioè a dire, nel mentre non diminuiva l'opacità, aumentava la tensione oculare e con questa aumentavano i disturbi della circolazione pericheratica. Anzi si determinò un vero e proprio stato glaucomatoso, cosicchè l'occhio acquistò una durezza lapidea.

A questo punto vedevasi chiaramente che la cateratta non diminuiva, non perchè le masse cristalline non fossero largamente bagnate dall'umor acqueo, ma perchè mancava l'assorbimento delle medesime. Stante dunque lo stato glaucomatoso, ne parve che convenisse una iridectomia allo scopo di diminuire la tensione oculare e liberare la membrana retinica, non che la coroide dalla pressione, che in questa serviva a disturbare la circolazione, in quella a paralizzare la sensibilità, e nel tempo stesso ledere la funzione circolatoria. Pertanto fu fissata l'operazione ed in preparazione a questa, per ristringere un po' la pupilla ed ingrandire l'estensione dell'iride da escidere, fu prescritta la calabarrina (1).

Ora, per ragioni che qui è inutile raccontare, passarono 8 giorni senza che l'operazione progettata fosse eseguita e nel frattempo fu instillata ogni giorno la calabarrina stessa, e poi non fu fatto più nulla aspettando la decisione dell'infermo. Ma intanto si vide diminuire la durezza dell'occhio, e di pari passo assorbirsi la sostanza cristallina, e le cose procedendo di giorno in giorno con movimento, direbbesi, accelerato, prestissimo e con sorpresa si ebbe il completo riassorbimento della opacità, e quel genere e grado di guarigione che nel caso potevasi avere.

Oggi il malato, correggendo il vizio di refrazione prodotto dalla mancanza del cristallino riassorbito, ha visione che gli permette di leggere nella nostra scala provvisoria (vedi *Bollettino* N. 2) il N. 3.

---

(1) In un caso simile occorsoci or sono due anni, per togliere l'occhio dai gravi danni dello stato di ipertensione, ci abbisognò praticare la *sclerotomia*.

Questo fatto mostrò, a senso nostro, nel modo il più chiaro possibile, quello che altri osservatori hanno già notato, come nella cura della cateratta traumatica non debba adoperarsi l' atropina, la quale qui trova quella controindicazione che ormai è stabilita nel vero e proprio glaucoma. Resta però da dire che in qualche caso converrà avere attenzione ai rapporti contratti fra le masse cristalline rigonfiate e l'apertura iridea, d'onde può eventualmente venire una precaria indicazione per l'atropina, come avvenne nel caso seguente.

II. — Adelaide Lotti di anni 15, di Montespertoli, giovane di sana e robusta costituzione, il 31 settembre u. s. fu colpita nell' occhio destro da un fuscello. Recatasi alla visita 3 giorni dopo, mostrava nel centro della cornea una ferita lacera e contusa corrispondente ad una ferita della cristalloide, dalla quale vedevasi uscir fuori sostanza lenticolore rigonfiata ed opaca. L' iride aveva la sua apertura pupillare ristretta e stringeva come un cingolo la massa cristallina uscita dalla capsula. Il tessuto irideo aveva i segni della iperemia. Si aveva forte iniezione pericheratica. Nevralgie intense del 5° pajo. Tensione oculare accresciuta tanto, che l'occhio pareva di legno. Se dicasi T la tensione normale, T 3 la massima tensione possibile, qui avremmo avuto T 2.

Fu istillata dell'atropina a scopo diagnostico, ma come era da aspettarsi, si ebbe così poca midriasi, che a nulla approdò l'averla impiegata: e ce ne pentiremmo se in così fare non avessimo imitato ciò che anche oggi per la maggior parte dei pratici è una necessità terapeutica reclamata da indicazioni imperiose. E dico ce ne pentiremmo, perchè se l'effetto della atropina fu nullo circa la dilatazione della pupilla, sotto il suo impiego si aumentarono le algie del 5° pajo ed aumentò il disturbo della circolazione sanguigna a misurarlo dalla iniezione pericheratica. Nè ci parve che il fatto potesse altrimenti spiegarsi che con l' ammetterlo dipendente dall' aumentata tensione oculare avvenuta per dato e fatto dell'atropina.

Fu provvisto all' urgenza con l' oppio, con il sanguisugio alla maniera di Heurteloup e quindi fu dato mano all'uso dell'*eserina Vée*. Per due o tre giorni non si ebbero a dir vero vantaggi molto marcati, e noi non ce ne scoraggimmo pensando come do-

vesse essere difficile l'assorbimento del medicinale attraverso tessuti che soffrivano una distensione e compressione così rimarchevoli. Ma come un poco di miglioramento fu ottenuto, si vide la malattia volgere, con rapidità sempre crescente, alla guarigione. Tacquero affatto i dolori, scomparve il cerchio pericheratico, l'occhio perse la tensione esagerata, ed il cristallino opacato incominciò a diminuire di volume.

A questo punto non parve sconveniente di riprodurre la midriasis, sia per verificare in quali rapporti l' uvea si trovava con i sottostanti residui del cristallino, sia per scuoprire questi residui e porli più largamente in contatto con l' umore acqueo. E per la midriasis si messe in chiaro che l'iride si era fatto adesa in 3 punti (sinechie) con il cristallino, onde si dilatava prendendo una forma triangolare, e che queste sinechie erano corte, ossia tenevano la pupilla obbligata a piccola dilatazione. Di qui ne veniva una indicazione a continuare nell'uso dell'atropina, onde avvenisse che le sinechie sottoposte a continua tensione si rompessero o per lo meno si allungassero, sempre che non ne accadesse che il tessuto irideo soffrisse irritazione nuova per questo e la sua flogosi non si riaccendesse.

Un simile ragionamento, che poco tempo fa non ci sembra avesse potuto patire eccezione, perchè infatti allora alle sinechie si dava un ufficio tutto meccanico nel considerarle cagione delle frequenti recidive della iritide (iritide recidivante), che si curavano a forza di alte dosi d'atropina, nello stato attuale della pratica non poteva essere accettato con fiducia piena. Ora dovevamo stare in guardia contro gli effetti dell'atropina sulla circolazione cigliare.

Comunque sia di ciò, l'atropina fu adoperata e con un certo vantaggio per quello che riguarda le sinechie, le quali si allungarono e senza danno, perchè non si accese nessun processo flogistico nuovo. Ma conviene notare che si ripresentò qualche dolore, che T aumentava nuovamente, e che pareva prossimo un nuovo accesso glaucomatoso.

Ci si poteva trattenere dal ricorrere nuovamente all' eserina? Questo medicamento fu di nuovo impiegato ed in due giorni l'occhio tornò in plausibili condizioni, e l' assorbimento delle masse cristalline riprese il suo corso.

Se non si farà abbastanza rapidamente, cercheremo di accelerarlo con una descisione.

A. S.

RIVISTE

Influenza dell' utero sulle malattie degli occhi. — Pel Dott. Swanzy. (Dal *Bullettino delle scienze mediche*. Bologna. Agosto-Settembre 1878).

L' autore lesse una memoria su tale argomento alla Società Ostetrica di Dublino, ed in quella lamentò che gli oculisti hanno poco studiate queste influenze perchè non versati nella ginecologia. E sarà; ma non è a trascurarsi la parte opposta della proposizione, perchè se molti ginecologi fossero più versati nella oculistica, potrebbero non lasciare per tempo, qualche volta assai lungo, decorrere delle malattie oculari senza occuparsene quanto meriterebbero.

L' autore segnala l' iritide fra le malattie oculari connesse con le lesioni uterine che vide 7 volte in giovani dai 13 ai 17 anni, senza poterla riportare ad altra cagione e quindi mise in rapporto con la difficoltà esistente della mestruazione. Sarebbe una forma poco dolente, con poca iniezione vascolare e fotofobia. L' acqueo non s' intorbida, la Deschemeti non ha depositi. Il vitreo può intorbidarsi (iridocoroiditide).

Poi l' autore segnala de' casi di retinitide e nevro-retinitide, di apoplessa retinica, di atrofia del N. O. e dei casi di kopiopia.

Disturbi visivi nervosi d'origine uterina, simulanti l'alterazione accomodativa, per Emilio Tanguy. *Thèse* de Paris, 1877.

Questi disturbi si caratterizzano per intorbidamento della vista, per punture, prurito oculare, dolori sordi peri-orbitari che talora si estendono alla fronte, al naso, alla gota.

Questi fenomeni sono irregolari, remittenti, eccitati dalla fatica, dalle emozioni morali, dal lavoro, dalla luce viva e sopratutto dalla luce artificiale.

L' esame dell' occhio è negativo; l'acutezza visiva è normale.

Suole aversi un punto doloroso verso le ultime paia cervicali o prime dorsali. Quanto alle lesioni uterine, sogliono essere metriti croniche, ingorghi peri-uterini, spostamenti e deviazioni.

La natura dell'affezione è oscura: sarebbero disturbi riflessi? La cura è quella che conviene alla lesione uterina. Ma quando esiste molta fotofobia, può darsi un po' di bromuro di potassio.

Delle ottalmie simpatiche, per Reclus. (*Archiv. générales de médecine.* Octobre 1878).

L' autore rigetta la teoria vaso-motrice per spiegare l' ottalmia simpatica, perchè crede l' iperemia paralitica non sia mai sufficiente per cagionare da sola una alterazione nelle nutrizioni dei tessuti. Ammette una nevrite ascendente dei corpi ciliari e del trigemello, che propagandosi al bulbo, porta la distruzione dei centri trofici dell' occhio opposto.

Questa opinione del signor Reclus nello stato attuale non può essere accettata interamente, non fosse altro perchè non è possibile adattarla ai casi, nei quali l'ottalmia simpatica comparisce in 2 o 3 giorni, nè agli altri, nei quali quasi per incanto si vide la guarigione dopo enucleato l'occhio, donde partiva l'azione simpatica. È possibile con queste circostanze ammettere una atrofia delle cellule del centro bulbare?

Frattanto è degno di nota che dopo i lavori di Alt di New-York, bisogna non dimenticare affatto il nervo ottico e ritornare a studiare la teoria del Magendie che era stata messa da parte. Infatti Alt nel disseccare degli occhi estirpati in caso di ottalmia simpatica, ha trovato 79 % alterazioni della retina e del nervo ottico e 16 % lesioni dei nervi ciliari.

Reclus, al capitolo della cura, parla dei vari compensi sperimentati fin qui, ma conclude col dire che l'enucleazione dell'occhio primitivamente ammalato, è il modo più sicuro che possediamo per arrestare l' ottalmia simpatica.

Sulla prognosi della operazione per il glaucoma, per Hirschberg. (*Revue des sciences médicales.* Luglio 1878).

Per rispondere a Mauthner che ha agitata la questione « se sia permesso di sottoporre individui, che vedono abbastanza per esser capaci di campare la vita, ad una operazione che può rapidamente distruggere la vista, » l' autore ricorre alla statistica.

In 4 anni e mezzo l' autore ha curato il glaucoma con l' operazione, 77 volte. Eccone i resultati.

Su 17 casi di glaucoma inflammatorio acuto 16 hanno ricuperata vista soddisfacente; su 10 affetti da glaucoma inflammatorio cronico 9 hanno ricuperata buona vista.

Per i casi di glaucoma semplice conviene fare una distinzione. Finchè l'acutezza visiva resta superiore ad $^1/_{10}$ e che il ristringimento del campo visivo resta allontanato più di 10° dal punto di fissazione, si può contare sopra un completo successo. Nei 13 casi che l'autore pone in questa categoria uno solo non ebbe benefizio dalla iridectomia; in due la malattia si risvegliò dopo un anno; gli altri 10 ebbero un buon successo definitivo.

Ma, quando il campo visivo è ridotto al solo punto di fissazione, il pronostico è sfavorevole, ed in questi casi conviene veramente farsi la domanda di Mauthner, e cioè: se non convenga meglio lasciare che i pazienti diventino ciechi a poco a poco invece di sottoporli ad una iridectomia, che qualche volta è seguita da una diminuzione considerevole della visione.

Amaurosi completa di un occhio occasionata da una periostite orbitaria consecutiva alla estrazione di un dente, per SAMELSOHN.

Un uomo di 50 anni, dopo essersi fatto estrarre un dente (quale?), ebbe gonfia la guancia destra, divenne sordo dall'orecchio corrispondente, ed ebbe violenti dolori del capo. Dopo cinque giorni esoftalmia intensa, con perdita di movimenti dell'occhio in basso ed in dentro e con cecità completa. Pupilla immobile e moderatamente dilatata. L'esame ottalmoscopico non rilevò la minima anomalia.

Dopo 15 giorni la papilla si decolorò, rimanendo integri i vasi centrali.

Accidenti oculari prodottisi in un bambino di 15 giorni per una eruzione dentaria prematura (idem).

L'autore, in un bambino di 15 giorni, costatò una periostite del mascellare superiore con protusione enorme del bulbo oculare corrispondente avvenuta istantaneamente.

Tutto dipendeva dallo sviluppo prematuro del primo molare. Dopo l'estrazione di questo dente, il bambino guarì rapidamente.

Sopra un nuovo processo d' estrazione della cateratta, del Sig. VIBERT, chirurgo all'Hôtel-Dieu du Puy.

Si tratta di una modificazicne nel modo di fare il lembo.

L' incisione corneale è fatta tangente all' orlo superiore della pupilla. S' introduce all'estremità della corda suddetta un coltello retto, piatto bitagliente e di larghezza doppia di quello del Graefe. Con la punzione e la contropunzione si aprono due breccie parallele fra loro e perpendicolari alla sezione progettata. Allora s' introduce, a piatto, un coltellino bottonato e si pone sotto il ponte formato dalla cornea compresa fra le due incisioni. Si rovescia il taglio in avanti e si recide il ponte stesso costituendo due lembi.

Quanto a medicatura consecutiva, Vibert non ne fa alcuna.

La statistica di Vibert accenna 59 operati con 47 successi, 5 mezzi successi e sette insuccessi.

L'area aperta con questo metodo sta a quella ottenuta col processo di Notta, come 3 : 1 (1), e quindi sembra eccessiva, poichè quella del metodo di Notta è sufficiente e le difficoltà che s' incontrano nell' uscita del cristallino debbono ripetersi dallo ostacolo fatto dall' iride. Quanto alla medicatura consecutiva, indipendentemente da quanto riguarda la fasciatura, pare strano che mentre tutti hanno sempre cercato il modo di avere cicatrice per prima intenzione, il signor Vibert fa sapere che talvolta egli ha tenuto aperto il taglio cheratico espressamente anche per quindici giorni.

(*Bullet. gén. thérap.*, 30 settembre 1878).

Contribuzione allo studio del glaucoma.

Il Sig. Chibret fa osservare che un occhio glaucomatoso operato d'iridectomia può divenire astigmatico se l'operazione è stata insufficiente a togliere il glaucoma. Questo astigmatismo è cagionato dalla deformazione della cornea; e questa deformazione è l' effetto della ectasia della cicatrice scleroticale lasciata dalla iridectomia.

L' iridectomia agisce probabilmente diminuendo la pressione nel

---

(1) È il processo che dà, come quello del Liebreich una larghissima apertura: si fa la punzione e contropunzione nella sclerotica ad 1mm dalla circonferenza corneale, compiendo il taglio nel terzo superiore della cornea. (R)

sistema coroideo e aumentandola nella camera anteriore, in grazia di una filtrazione, che si stabilisce attraverso la cicatrice iridea. Quando questa filtrazione è sufficiente e nel tempo stesso l'escrezione per la via di Leber è insufficiente, si produrrà astigmatismo.

(Idem).

Sulla igiene della vista nelle scuole.

Il Dott. Dor (di Lione) dà un resultato delle ricerche fatte al liceo di quella città. Risulta dalle sue osservazioni che al liceo di Lione la proporzione degli occhi miopi è del 22 per 100, mentre in Svizzera e Pietroburgo si avrebbe una cifra che oscilla fra il 25 e 35 per 100, ed a New-York 14 per 100.

Dor conclude:

1° La frequenza della miopia a Lione è tale, che è ormai urgente prender tutte le misure che possono combatterla;

2° Una riforma scolastica è necessaria (1). Questa dovrà tener conto di quanto si è fatto negli ultimi 13 anni circa l'installazione delle sale di studio, della loro illuminazione, della loro ventilazione e finalmente della loro mobilia. (Idem).

Cura radicale del distacco retinico mediante la idrodictiotomia (paracentesi) del Prof. R. Secondi.

L' A. combinando i metodi di Sichel e di De Graefe, per evacuare il liquido morbosamente raccolto tra le membrane dell'occhio, agisce come appresso: Con un ago da cateratta del Graefe, punge la sclerotica nel punto opposto al distacco, traversa tutto il vitreo, raggiunge il distacco ed in questo immerge il suo strumento: consecutivamente punge per mezzo di un coltellino del Graefe la sclerotica dalla parte del distacco. In questo modo l'A. crede aver tolti ai due metodi i loro inconvenienti, conservando loro le buone prerogative.

A proposito della idrodictiotomia proposta dal Prof. Secondi. — Nota del Prof. Francesco Magni. (*Riv. clinica*, settembre 1878).

L' A. ragiona alquanto sul meccanismo di produzione del di-

(1) Questa riforma è necessaria ed urgente anche per le scuole di Firenze. (R).

stacco retinico nei miopi e riporta il suo attuale modo di vedere in proposito; esser cioè il distacco prodotto dalla permeazione linfatica nell' interstizio linfatico retino-coroidale, che avviene per l'assottigliamento della lamina vitrea della coroide.

La nota termina con una lettera del Secondi nella quale si parla di nuovi buoni resultati ottenuti e si prenunzia una modificazione introdotta nell'operazione. E questa consiste nel dissecare la congiuntiva e mettere allo scoperto la sclerotica là dove vuol farsi la puntura, e poi nell' istillare nel sacco congiuntivale dell'eserina. E dopo questo, tentando di spiegare i buoni resultati ottenuti dal Secondi in questi distacchi comuni ai miopi con la sua operazione, l' A. dice: con la lacerazione della retina si apre alla linfa *morbosa per posizione*, una via collaterale, ma fisiologica per il significato del vitreo. Nel tempo stesso si ripone tutta la retina sotto la tensione conveniente al normale rapporto reciproco dei suoi elementi anatomici ed alla loro normale irrigazione sanguigna.

L' elefantiasi della palpebra superiore. — (*Centralblatt für prakt. Augerheilk.* Agosto, pag. 193). Si legge la storia di un caso importante da aggiungere ai due conosciuti del Villards e del Graefe.

La palpebra superiore destra sorpassava la inferiore di 2 cent. e mezzo, e verso la fronte disperdevasi nel cuoio capelluto. Fu fatta l' escisione del tumore in due riprese, il 21 novembre 1876 e 18 gennaio 1877. L' esame istologico mostrò proliferazione considerevole delle fibre connessive ed elastiche. Dilatazione enorme degli spazi linfatici. Muscolo orbicolare ipertrofico.

Indicazioni terapeutiche della eserina e della pilocarpina, per WILLIAMS. (*Archiv. Méd. Belges.* Luglio 1878).

L' A. impiega questi medicamenti da due anni. Egli condanna la cura come si faceva fin ora con l' atropina, perchè non crede all' azione sedativa di questa e perchè la midriasi aumenta la fotofobia.

Invece con l'eserina, producendosi la miosi, s' impedisce la fotofobia ed i fenomeni reflessi che conducono gl'individui a stringer gli occhi o strofinarli ecc., ecc.

Di qui raccomanda l' eserina nelle cheratiti scrofolose dei fan-

ciulli, nelle eruzioni flittenulari della congiuntiva e della cornea, contro le ulceri traumatiche o gonorroiche, contro le ulceri a colpo d' unghia, contro la midriasi e la paralisi accomodativa consecutiva alla difterite e qualche volta alla rosolia e scarlattina, contro le paralisi reumatiche delle branche ciliari del 3° pajo, e contro la fotofobia isterica.

Secondo l'A. l'eserina può trovare indicazione in casi d' irritazione simpatica di un occhio, dopo un traumatismo dell' altro, ben inteso dopo che fu tolta la causa della irritazione simpatica.

L'azione del cloroidrato di pilocarpina differisce di poco da quella del solfato di eserina.

Esperienze sull' influenza del simpatico sulla circolazione retino-papillare. — Kein e Svetlin hanno fatto delle esperienze, per controllare le varie opinioni emesse a questo riguardo. Vennero adoperati gatti e conigli ed in tutti non fu trovata mai nessuna modificazione nelle arterie e nelle vene, sia che si tagliasse il simpatico al disotto del ganglio cervicale superiore, o che si estirpasse il ganglio, o lo si irritasse con una debolissima o forte corrente costante di una batteria Siemens. Si ebbe anche un resultato negativo in persone giovani, sulle quali venne praticata la galvanizzazione del simpatico, applicando il polo zinco all'angolo della mandibola, ed il polo rame all' incisura dello sterno.

Gli autori ricordano una maniaca di 19 anni, che nel tempo di forte agitazione presentava sintomi distinti di un' affezione del simpatico alla metà sinistra del viso, e che non ostante presentava il fondo oculare eguale d' aspetto in ambidue i lati e non affatto diverso da ciò che offrono individui sani.

Gli autori hanno fatto l' esame con l' *immagine diritta*. Hanno concluso che l' innervazione dei vasi del piano posteriore dell' occhio, non deve dipendere dalla porzione cervicale del simpatico.

Le esperienze già conosciute di altri mettono la cosa in qualche contraddizione; vi deve essere qualche diversità nelle condizioni dello esperimento.

(*Rivista di Freniatria*, An. IV, fasc. 2 e 3).

FORMULARIO

Collirio di Eserina.

Pr. Solfato di Eserina (preparata da Vée) 5 centigrammi
Acqua distillata 15 grammi.

Collirio astringente (per la congiuntivitide catarrale).

Pr. Solfato di Cadmio 20 centigrammi
Acqua coobata di lauro ceraso 8 grammi
Acqua stillata 10 »

Stricnina per uso epidermico.

Pr. Nitrato di Stricnina 50 milligrammi
Acqua distillata 1 grammo.

NOTIZIE

Congresso internazionale d'igiene. — 2ª Sezione — *Igiene privata — Igiene della vista e degli organi dei sensi — Igiene delle scuole e particolarmente illuminazione delle medesime.*

In questo Congresso M. Javal dimandò la proibizione di tutti i libri scolastici stampati, in cattive condizioni. Quindi si parlò sul rischiaramento della scuola e dei tavolini di studio. Dopo discussione animata fra i partigiani della illuminazione bilaterale, e quelli della illuminazione monolaterale, dall'alto, da sinistra a destra e con molta luce o solare o a gas, pare che l'opinione prevalesse a favore di questi.

Congresso internazionale di Sauvetage, tenuto in Marsiglia dal 10 al 14 ottobre. — In questo Congresso il Dott. Sicard tenne parola dei gravi disastri ferroviari e marittimi che possono derivare dalla imperfezione della vista negli impiegati che hanno l'incarico di fare o d'interpretare i segnali che regolano le manovre, accennano i pericoli, li scontri, ecc.

Il Dott. Sicard appoggiò il suo discorso sopra dati di fatto numerosissimi che gli aveva forniti il signor Fabre, medico della ferrovia Parigi-Lione, ecc.

Coloro, che tengono dietro alle pubblicazioni d'oculistica, conoscono già il lavoro apprezzatissimo dell'eminente pratico di Lione, e sanno come realmente premerebbe che a questo riguardo e Governo, e Società e particolari si affrettassero a prendere delle conclusioni le quali nella stato attuale avrebbero una importanza massima.

Sopra 1000 marinaj se ne trovano 45 che non conoscono i colori convenientemente. Sopra gli impiegati ferroviari, se ne contano 5 o 6 per 0[0. Ebbene: si pensi che un treno che percorra lo stradale da Firenze a Livorno, incontra circa 100 segnali!!

Se non ci faceva difetto lo spazio, noi avremmo posti sott'occhi ai nostri lettori quelli che crediamo sieno i punti più rilevanti della questione. Ma lo faremo certamente nel prossimo numero, e tanto più lo faremo volentieri, in quanto che siamo convinti, soltanto ai medici poter riuscire di condurre gli animi alla persuasione in questa faccenda, e quindi necessitare che a loro si affidi di porgere quei consigli, ai quali, il pregiudizio, l' interesse, l'abitudine, può resistere per qualche tempo, ma finisce poi per cedere, procurando la soddisfazione d'una vittoria, tanto più grande quanto più contrastata.

ANNUNZI BIBLIOGRAFICI

Du chlorydrate de Pilocarpine en injections hypodermiques contre certaines affections oculaires. Clinique ophthalmologique du Doct. Métaxas. Marsiglia, 1877.

Nuovi studi sulla tessitura intima della retina degli uccelli, per Alessandro Tafani. Firenze, 1878.

Cura radicale del distacco della retina mediante l' idrodictiotomia, del Dott. Secondi. Genova, 1878.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*
Firenze, 1878 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno I. Firenze, 1° Dicembre 1878. N. 4.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprètes que des oracles.
(Geraud Teulon, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.

Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. Simi, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

LAVORI ORIGINALI

UN CASO DI LIPOMA DELLA CONGIUNTIVA SVILUPPATASI ATTORNO UN CORPO STRANIERO per il dott. Alberto Levi.

Il giorno 24 ottobre p. p. presentavasi al mio dispensario certa N. Eginia, di anni 13, d'Ardenza, bimba di buona e sana costituzione, la quale lagnavasi di soffrire di tratto in tratto di congestione all'occhio sinistro; congestione da cui era presentemente affetta. Infatti, esaminato l'occhio sinistro scorsi la congiuntiva bulbare come echimosata; il contorno dell'orbita al disotto della palpebra inferiore, e più specialmente verso l'angolo nasale, pure echimosato; l'occhio a palpebre chiuse si presentava assai più grosso del destro e sembrava quasi avesse subìta una violenza esterna. La cornea però era in condizioni buonissime, l'iride si contraeva normalmente, e la visione, a dichiarazione dell'ammalata, era pure normale.

Rovesciata la palpebra superiore trovai la congiuntiva palpebrale sana, ma la congiuntiva bulbare in tutta la sua porzione superiore era ricoperta da un tumore a forma di mezzaluna, estesa trasversalmente quanto tutto il diametro dell'occhio, e perpendicolarmente quanto lo spazio che sta tra la cornea e il cul di sacco

della congiuntiva. Di un colore rosso-scuro, aderiva alla congiuntiva per leggeri filamenti più densi alle due estremità dove sembrava il tessuto del tumore formare un solo strato colla congiuntiva sottostante; scorreva facilmente sulla sclerotica. Alla palpazione non era doloroso nè sanguinante. Non sentivasi fluttuazione, ma piuttosto come il senso di piccoli granuli strettamente racchiusi in un involucro comune.

Interrogata lungamente l'ammalata sulla presenza di questo tumore mi disse che mai se ne era addata nè lei, nè chi l'aveva vista avanti (!); che del resto era già da due anni che pativa di ricorrenti infiammazioni a quell' occhio quando più e quando meno gravi, ma che sempre erano scomparse dopo pochi giorni senza che avesse ricorso a medicazioni speciali; che queste infiammazioni avvenivano più specialmente quando le accadeva di piangere a lungo. Nè riportando la sua memoria all'epoca del primo presentarsi del male, mi fu possibile rintracciarne una causa plausibile.

La buona costituzione della bambina, la mancanza assoluta di qualunque dolore, il non essere in alcun modo lesa la funzionalità dell'occhio, il non avere riscontrato ingorgo glandulare di sorta ecc., ecc., mi tolse fin da principio qualunque dubbio sulla natura del tumore, che subito considerai come benigna. — Se era facile escluderne la malignità, non mi riescì però altrettanto agevole il dire con precisione da che cosa fosse prodotto: e fu solo considerando la nessuna aderenza da lui contratta coi tessuti proprii dell'occhio ed in uno i frequenti disturbi portati dalla di lui presenza, che ne giudicai quanto poco difficile, tanto utile la estirpazione.

Fatto di ciò parola all' ammalata ed avutone il pieno consenso, mi accinsi tosto alla operazione. — Rialzata da un aiuto la palpebra superiore coll'elevatore pieno, presi il tumore colla pinzetta dentata alla sua estremità esterna nella intenzione di staccarlo a piccoli colpi di forbici dalle sue aderenze congiuntivali, ma appena cominciata l'operazione si strappò la parte del tumore che io avevo addentata. Tentai nuovamente in altro punto il distacco regolare, ma il tessuto essendo tanto molle da strapparsi alla minima trazione, mi fu giuocoforza continuare l' operazione colla semplice pinzetta, ed in breve a piccole porzioni lo levai in totalità; la emorrogia fu insignificante.

Esaminate le varie porzioni del tumore trovai consistere esso in una agglomerazione di sette ad otto piccoli acini grassosi, che ad una minima pressione si schiacciavano fra le dita; uno di essi però, il più grosso, offrì una certa resistenza ed esaminatolo allora minutamente vi scorsi racchiuso un corpicciuolo duro poco più grosso di un seme di lino. Sottoposto questo ad un accurato esame lo trovai consistere in una pietruzza arenaria poco consistente e leggermente rugosa. A mia opinione fu questo corpo straniero la prima e unica causa del male.

Del resto non parmi difficile a spiegarsi come questo corpo straniero entrato per caso nel cul di sacco della congiuntiva, vi possa essere stato trattenuto dall'edema quasi istantaneo della congiuntiva stessa, venendo a poco per volta incapsulato forse per un lento processo flogistico dal quale parmi che in qualche modo si possa far dipendere anche quella deposizione di tessuto adiposo che dava al tumore i caratteri del vero e proprio lipoma congiuntivale; e tanto più mi convinco di ciò inquantochè non ignoro, e con me non lo ignorano i miei colleghi, che casi simili si sono altre volte avverati.

In quanto alla bimba la rividi oggi, venti giorni dopo la subìta operazione, e travai l'occhio in condizione normale dietro il semplice uso di posche diaccie da me consigliate; scomparsa del tutto l'echimosi, persiste solo un leggero stato di iperplasia della congiuntiva soprabulbare, che non dubito andrà man mano diminuendo essendo cessata la causa che la produsse e che la manteneva.

A. Levi.

Livorno, li 15 novembre 1878.

IL DALTONISMO

ED I DISASTRI MARITTIMI E FERROVIARJ.

Al Congresso internazionale tenutosi nel settembre u. p. in Marsiglia presso l'Istituto di salvataggio del Mediterraneo, il dottore Sicard, come fu detto nel numero precedente del *Bullettino*, faceva notare che molti disastri i quali avvengono sulle ferrovie o accadono per mare, debbonsi a sbaglio dei segnali; e come questi

sbagli non sieno sempre da attribuirsi a negligenza, ma piuttosto e spesse volte a che coloro i quali dovrebbero vederli non possono apprezzarli giustamente essendo affetti da daltonismo. (Discramotopsia — veder male i colori). Da questo suo discorso il signor Sicard traeva quelle conseguenze che erano del caso ed adattate al suo uditorio, e ci giova sperare che coloro ai quali erano indirizzate ne abbiano riconosciuto tutto il valore. E queste a noi non interessano.

Ma, non dispiaccia ai miei lettori, che io prenda argomento da questo rinverdire della questione per scrivere due righe sopra un subietto importante, che non vedremo preso in considerazione da chi di diritto, finchè prima non ce ne occuperemo noialtri medici (1).

È legge fisica conosciuta da tutti, che per l'unione di certi speciali colori si forma della luce bianca (colori complementari).

Così unendo il bleu con l'arancio si forma il bianco;
» il rosso col verde » »
» il violetto col giallo » »

Può dunque accadere che l'unione di due segnali colorati, come è detto sopra, produca un segnale bianco. E da questo possono avvenire gravissimi inconvenienti. In generale, nei segnali colorati un lume bianco significa che non vi è alcun ostacolo sulla via e che il convoglio ferroviario o la nave può correre liberamente. Il bleu significa che la celerità dev' essere rallentata in aspettativa di un nuovo segnale; il quale poi, o sarà il bianco ed allora si può riprendere la velocità ordinaria, o sarà il rosso ed allora converrà fermarsi o deviare. Ora in alcune circostanze

(1) E se io abbia torto di chiamare importante questo argomento si giudichi dai seguenti numeri.

Il sig. Feris ha preso cognizione di N. 2408 casi d'investimento di navi accaduti dall'anno 1859 all'anno 1866; e studiandone le cagioni ha trovato per 1562 la negligenza, la inesperienza o l'accidentalità, ma per i rimanenti 486 casi ha trovato:

N. 215 investim. dovuti ad errori del pilota o del capitano;

N. 537 investim. dovuti alla non osservanza o alla interpretazione inesatta delle regole di rotta;

N. 94 investim. dovuti a cause indeterminate.

Ora quante volte il daltonismo è stato causa di questa ultima serie di fatti?

può accadere che i due colori bleu e rosso si combinino e formando il bianco costituiscano un segnale propriamente a rovescio.

Ma del pari nessuno ignora che il medesimo inconveniente potrebbe incontrarsi per quelli che chiamansi i colori accidentali.

Spesso si ha l'occasione di osservare che dopo aver subito la influenza di un colore vivo, l'occhio conserva una impressione opposta al colore primitivo. Questo è dimostrato chiaramente dalla esperienza classica di Sir David Brewster. Prendendo una figurina rintagliata di carta rossa e impastata sopra un foglio di carta bianca, quando si guarda per qualche secondo e poi si porta l'occhio sulla parte bianca del quadro, si vede una figura verde distinta, che è lo spettro del colore accidentale della figura rossa. Con delle figure di diversi colori si osserveranno degli spettri diversamente colorati, come l'indica la tavola seguente:

Colori delle figure primitive	*Colori degli spettri.*
Rosso	Verde bleuastro
Arancio	Bleu
Giallo	Indaco
Verde	Rosso verdastro
Bleu	Arancio rosso
Indaco	Arancio giallastro
Violetto	Giallo
Bianco	Nero
Nero	Bianco.

Da questo s'intende come un occhio che sia rimasto fissato per un certo tempo sopra un lume *rosso*, se gli venga presentato un segnale *bianco*, lo vedrà come *verde*. E facilmente s'intende come questa illusione possa alle volte cagionare degli equivoci disastrosi.

Il sig. dottor Fabre, medico della Compagnia ferroviaria Parigi-Lione-Mediterraneo, ha studiato molto attentamente simile quistione, ed ha concluso che forse converrebbe cambiare i colori delle lanterne oggi giorno addoperati. Ma indipendentemente dal grave dispendio che simile modificazione porterebbe, sembra sia piuttosto conveniente procurare che coloro che debbono apprezzare questi colori siano in perfetto stato fisiologico, e siano avvertiti della possibilità di errare ove non pongano sufficiente attenzione ai segnali stessi.

Oltre queste cause fisiche di errore, ve ne sono altre che dipendono dalle condizioni dell'occhio dell'osservatore. In prima linea vanno notate tutte le condizioni per le quali diminuisce la portata della vista e non permettono la visione dei segnali a dovuta distanza. Gli ambliopi, i miopi sopratutto dovranno essere con ogni premura esclusi da quegl' impieghi ferroviarj e di marina da guerra o mercantile che sia, nei quali debbano fare un servizio regolato dai segnali.

Il sig. capitano Perrez nel citato Congresso di Marsiglia insistette molto su questo punto, e trattandosi di un uomo sapiente per pratica, ciò vuol dire che egli ha dovuto conoscere che attualmente a questa necessità non si accorda sufficiente riguardo. Convien dunque che i medici non risparmino alcuna premura perchè nell'interesse di tutti a questo fatto si ponga mente, e se sapranno essere severi esaminatori al bisogno, non tralascino di essere consiglieri delle famiglie dei loro clienti, cercando dissuadere da simile carriera quelli che per questo titolo potrebbero divenire cagione di danno a sè ed agli altri.

Ma le alterazioni del senso cromatico, cioè della facoltà di conoscere i colori debbono essere notate specialmente, perchè questa condizione della vista pone gl' individui in condizioni affatto peculiari. Talvolta è congenita, talvolta è acquisita; e questa ora viene in conseguenza di malattia oculare dall' individuo bene apprezzata, ed ora accade per modo così subdolo, che l' individuo non può aver ragione di dubitare del suo organo e con la miglior buona fede del mondo può prendere uno sbaglio.

Per quanto riguarda la discromatopsia congenita, o permanente, la è quistione che si definisce tutta in una volta e per sempre; ma non è così per l'acquisita, perchè d' un tratto un individuo può rendersi inabile per un servizio che da più anni ha disimpegnato benissimo. Voglio dire che pei primi basta una visita che il medico faccia loro quando sono per essere accettati al servizio della marina o delle ferrovie, e per l'altra invece bisogna concertare un qualche espediente che ci permetta di avvertire il male quante volte si presenta.

Ed in verità hanno molta più importanza per noi i casi di acquisita imperfezione nel disconoscimento dei colori, consista questa imperfezione o nelle perdute facoltà di riconoscerne qualcuno o nello scambiarlo con un altro.

Moltissime malattie del globo oculare danno luogo a queste imperfezioni, ma siccome in queste la discromatopsia non è fenomeno isolato ma entra soltanto a far parte, più o meno importante, della sindrone sintomatica, così di questi casi ora non è a parlarne. Invece preme moltissimo il porre attenzione a quegli ammalati nei quali l'alterazione del senso cromatico è, se non la sola, quasi la sola manifestazione apprezzabile. In queste circostanze infatti, non solo la cosa può rimanere ignorata a coloro che avvicinano l'infermo, ma questi pure può ignorarla e non sapendo della sua imperfezione oculare cade in errore con pieno convincimento.

La clinica ha dimostrato che la lesione del senso cromatico si verifica con massima facilità nell'alcoolismo (1), nell'assenzismo, nell' inquinamento nicotinico che con tanta facilità si verifica negli individui ai quali è volta ora la nostra attenzione. Nè nominiamo altri inquinamenti od attossicamenti capaci d'alterare il senso cromatico perchè sono eminentemente rari. Chi penserebbe ora all' itterizia od all'attossicamento per la santonina?

Peraltro conviene ricordare la discromatopsia che si è veduta spesso conseguitare ai traumatismi del cranio, perchè s' intende con quanta facilità, gli uomini di mare e gl' impiegati delle ferrovie, vi possano esser soggetti.

Frattanto, messo in sodo codesto fatto al quale la clinica c' impone di prestare fede intera, qual' è il compenso da prendere? Molti ne passerebbero per la mente a questo riguardo, ma volendo venire a conclusioni pratiche conviene ritenere essere necessario assolutamente che tutti gli uomini che debbono maneggiare od interpretare i segnali, sieno sottoposti ad una visita periodica, a periodi abbastanza ravvicinati, per conoscere appunto le condizioni del loro senso cromatico. E forse conviene stabilire che queste visite sieno ripetute ogni quindici giorni.

La visita può esser fatta con molta facilità. Può bastare che l' impiegato scelga e nomini (col nome convenuto comunemente) diversi pezzi di stoffa in lana, o almeno matasse di lana tinta che rappresentino i vari colori dello spettro. Ora tanto in mare che in terra accade che tutti quanti gl' impiegati nel periodo di due

---

(1) Vedi *Riviste* § 4.

settimane debbano trovarsi innanzi ad un impiegato, che è l'ufficiale pagatore od il cassiere.

Vedasi dunque con quale facilità si potrebbe effettuare la visita periodica di tutti gl' impiegati. Basterebbe ordinare che l'ufficiale pagatore non desse la paga a nessuno impiegato se prima questi non gli avesse offerta la prova di conoscere e nominare a dovere i campioni colorati presentatigli a questo scopo, e che l'ufficiale pagatore stesso dovesse in una annotazione posta nel ruolo di pagamento prendere atto della fatta esperienza.

Prendendo questo compenso, si avrebbe modo di non portare difficoltà gravi a nessuno, e verrebbero facilmente conosciuti tutti quelli che avessero vista normale e gli altri da inviarsi al medico o per la cura necessaria o per l'assegnazione ad un ufficio nuovo, *temporario ò definitivo*, pel quale fossero competenti.

Finisco col dire che per gli studi del Dr. Fabre il daltonismo può valutarsi a 6 per 100, e riporto le conclusioni di un suo lavoro in proposito;

1ª Tutti i marinai destinati a far uso dei segnali colorati, subiranno la visita de' colori.

2ª La nozione esatta del *rosso* e del *verde* è indispensabile a tutti i marinai che debbon far uso dei segnali colorati. Esercizi di colori saranno fatti sopra ogni nave.

3ª I marinai che ebbero contusioni o ferite agli occhi od alla testa saranno esaminati per i colori.

4ª Dopo ogni malattia grave la visita per i colori è di necessità.

5ª Quelli che faranno abuso di bevande alcooliche o di tabacco subiranno frequentemente le visite per i colori.

6ª L' esame periodico pei colori sarà instituito nella marina; potrà esser fatto dai marinai stessi quando si trasmettono i segnali.

7ª Gli esercizi per i colori saranno stabiliti a tutte le scuole speciali di marina, scuole navali, scuole di mozzi.

8ª La necessità di conoscere il *rosso* ed il *verde* non costituisce per i marinari che un *minimum* che sarà più tardi trovato insufficiente.

A. S.

RIVISTE

1. **Ottimetro metrico e facometro** *del sig.* Loiseau. — Trattasi di uno strumento che nel tempo stesso vale per le valutazioni ottometriche: (acutezza visiva (V), refrazione statica (R), ed accomodazione o refrazione dinamica (A): e serve per misurare la lunghezza focale delle lenti sferiche.

(V) *Come ottimetro* — La teoria sulla quale si basa lo strumento è semplicissima: « Una lente convessa situata davanti l'occhio ed a 13^{mm} dalla cornea (fuoco anteriore $= \varphi'$) rende l'occhio miope ponendolo nelle condizioni ottiche della miopia assile. »

E così un oggetto situato al punto remoto fornirà per queste due specie di miopia del medesimo grado immagini delle medesime dimensioni, onde noi potremo per mezzo di una scala tipografica adattata e tenuta da vicino, o sia nello strumento, e per mezzo di lenti convesse situate in φ', misurare V.

(A) — Se l'occhio mancasse di accomodazione, essendo sotto l' azione dell' atropina, troverebbesi una sola lente che permetterebbe di leggere. In caso contrario si può leggere egualmente bene adoperando lenti gradatamente di forza minore finchè l'accomodazione non è esaurita. Così vedesi di dove si leva la misura dell'accomodazione (A), cioè dalla differenza esistente fra la lente più forte e la più debole adoperata.

(R) — S' intende che questa misura risulta dal numero delle dioptrie possedute dalla lente che adatta l'occhio alla scala tipografica. Per es.: la scala è a 10 centim. da φ' e la lente situata in φ' e che permette la visione, è 10 dioptrie. L'occhio sarà emettrope, perchè nella ipermetropia vi vorrebbe un numero di dioptrie maggiore, e nella miopia minore.

Come facometro — Lo strumento funziona raccogliendo sopra un diafragma l'immagine focale di una lente x unita a quella di una lente conosciuta. S'intende chè il valore focale di x sarà ottenuto con una sottrazione.

2. **Dell' uso del cauterio attuale nelle malattie degli occhi e principalmente nelle ulceri della cornea,** *par* M. Martinache *di San Francisco*. — L'Autore studia il

suo argomento fino dal 1873. Egli riporta il caso di un' ulcera della cornea, antichissima, complicata da lesioni congiuntivali e palpebrali gravissime. L'ulcera era nella parte inferiore della cornea, grande 8mm in altezza e 5mm in larghezza. Interessava anche la sclerotica. L'infermo fu curato da molti medici inutilmente e con le più svariate medicature. Con la cauterizzazione dell' ulcera fatta a più riprese per mezzo di uno specillo scaldato a bianco, guarì.

Molte cose potrebbero e dovrebbero dirsi riguardo a questa istoria, ma lasciamo correre perchè non è destinata che a far prendere atto della data 14 ottobre 1873, ed a mostrare che la priorità di questa medicatura è non dovuta a Gayet di Lione.

L'A. aggiunge poi undici osservazioni per appoggiare questa prima, e ci dà notizia di essere riuscito a guarire col cauterio un' ernia dell' iride riprodottasi due volte dopo l'escisione.

L'A. fin'ora usò uno specillo scaldato ad una lampada a spirito, ma desidera un cauterio a gas, ovvero il galvano-cauterio.

Per parte nostra, noi consigliamo i nostri lettori di attendere prima di accettare questa medicatura, che più larga esperienza ne sia fatta e pubblicata dai pratici che oramai ne hanno accettata la responsabilità con questi saggi.

3. **Studj d'ottica fisiologica.** Istrumenti nuovi per Badal.

a) Metodo nuovo per la diagnosi retrospettiva della refrazione dopo l'estrazione della cateratta, od in altri termini, nell'afachia.

b) Metodo nuovo per calcolare la distanza che separa la retina dai corpi natanti nel vitreo.

c) Pupillometro di Robert Haudin.

d) Uno specchio ottalmoscopico metà piano e metà concavo.

e) Un nuovo occhio artificiale per studj ottometrici ed ottalmoscopici.

Mi limito a questa enumerazione, non volendo entrare in spiegazioni che necessiterebbero il calcolo, il vantaggio pratico del quale per il pratico è tutt'altro che dimostrato.

4. **L'ambliopia alcoolica ed il daltonismo,** *del professore* Nuel. — Per l'intossicamento cronico prodotto dall'abuso

dei liquori alcoolici e del tabacco, si vede spesso una diminuzione notevole della facoltà visiva, con caratteri propri ed eguali per le due sostanze.

È probabile che il medesimo intossicamento si abbia da sostanze molto diverse; almeno ciò sembra oggi provato per la chinina.

De Graefe fu il primo a trovare in questi casi l'esistenza di uno scotoma centrale, almeno per la luce bianca. Poscia Leber contribuì a schiarire la storia degli scotomi per i colori in un modo generale, dimostrando che potevano essere una delle conseguenze dell'abuso dell'alcool e fors'anche del tabacco. Nel medesimo tempo Fœster delimitava col suo perimetro l'imagine clinica dell'ambliopia per abuso del tabacco; ma finalmente Hirschberg ha creduto di poter dimostrare che il tabacco e l'alcool presi con abuso, insieme o separati, conducono allo stato morboso che ci occupa. Ma inoltre l'A. crede che per la forma dello scotoma centrale si possa differenziare l'intossicamento alcoolico dal nicotinico, perchè nel primo lo scotoma si estenderebbe con eguale misura all'intorno del punto di fissazione, e nel secondo sarebbe ovalare propagandosi fino verso il punto cieco. Iodko ha osservato il medesimo scotoma centrale relativo nell'intossicamento da chinina.

Per questo, oggi si farebbe bene se invece di parlare d'ambliopia per attossicamento (alcool, tabacco, chinina ecc. ecc.), si parlasse di *scotoma centrale per attossicamento*. E ciò che più rileva in queste affezioni, può significarsi quando si dica *scotoma centrale relativo: centrale,* perchè circonda il punto di fissazione, *relativo*, perchè la sensibilità non è abolita come nello scotoma assoluto, ma solamente alterata.

L'A. cita due casi e poi conclude:

a) Conseguenze teoriche. Quali sono i colori che realmente vedono i daltonici? I daltonici dalla nascita faranno per tutta l'estensione della retina la confusione dei colori, quale nei casi patologici si verifica intorno al punto di fissazione. Or bene, l'ambliopia alcoolica offrirà il vantaggio di dare un termine di confronto fra la porzione di retina che percepisce il colore normalmente e le porzioni affette da daltonismo. Ov'è lo scotoma centrale, il rosso ed il verde sembrano grigio e questo contrasta le teorie di Helmholtz sui colori. Infatti, secondo questo illustre fisiologo,

dovrebbe ritenersi che i daltonici a nativitate che segnalano il giallo come giallo ed il bleu come bleu, in realtà vedono del verde e del violetto. Ora l'individuo accidentalmente e parzialmente daltonico, non può ingannarsi ed i nomi che dà ai colori debbono necessariamente corrispondere alle sensazioni che prova.

b) Conseguenze pratiche. Lo scotoma centrale non può essere scoperto se non si faccia una indagine speciale. Bisogna che il soggetto tenga lo sguardo fisso, e che gli si presenti bruscamente e per un istante un piccolo oggetto colorato tenuto contro il punto di fissazione. Se l'oggetto fosse grande, passerebbe il limite dello scotoma ed il colore sarebbe riconosciuto nel colore reale dalla parte sana della retina, e se fosse condotto dalla periferia del campo visivo al centro di fissazione il colore verrebbe riconosciuto prima che arrivasse alla regione dello scotoma.

Gl' individui con scotoma centrale per intossicamento alcoolico *sono più dannosi in certi servizi pubblici che i daltonici a nativitate*. Più dannosi perchè hanno minore coscienza delle loro infermità e son meno abituati a distinguere il *verde* dal *rosso* per differenza di intensità luminosa. L'individuo ammalato di ambliopia alcoolica, se non ha molto sofferto nell'acutezza visiva, non dubita nullamente dello stato della sua visione cromatica. Col suo scotoma centrale vede del *bianco* e non gli passa per il capo che possa essere del *rosso*. Nè gli giova la visione eccentrica, giacchè se gli sembra di vedere con la coda dell'occhio del verde o del rosso, tosto guarda direttamente: vede del *bianco* e si tranquillizza.

Queste considerazioni portano alla conseguenza che studiando il senso cromatico in rapporto a certi servizi, bisogna fare l'*esame funzionale della retina in tutta la sua estensione*.

5. **Qualche osservazione sulla emianopsia,** *per* Giorgio Claeys *di Gand*. — L'Autore riporta tre istorie che sono in favore della semi-decussazione delle fibre nervose ottiche nel chiasma.

6. **Contribuzione allo studio del glaucoma,** *per il dott.* Chibret *de Clermont-Ferrand*. — L'A. studia distesamente questo argomento, del quale fu fatto pure un cenno nel numero precedente del *Bollettino*. Egli parte da questo punto, e cioè chè

se realmente l'operazione che si fa nel glaucoma agisce in ragione della ectasia della cicatrice, deve dar luogo ad un astigmatismo regolare. E quindi converrebbe ricercare questo astigmatismo nei casi propizi a determinarlo. Cita la storia di un tale Zanoli nel quale riscontrò l'astigmatismo chiarissimamente e pel quale poteva dirsi che l'iridectomia aveva salvato il nervo ottico e la retina, permettendo una deformazione dei mezzi refrangenti, seguito da astigmatismo. E ciò poteva ripetersi in tutti gli occhi nei quali il glaucoma non era tolto di mezzo dalla iridectomia. Un secondo caso confermò l'A. nelle sue previsioni, il quale crede ancora dover ripetere che una escavazione della cornea al livello della cicatrice (*locus minoris resistentiæ*), ha supplantato l'escavazione del nervo ottico.

Ora ciò può dar luce sul modo d'azione della iridectomia nel glaucoma. La teoria della filtrazione scleroticale, secondo l'A. non resiste al confronto dei fatti. Ed invero la distensione della cicatrice scleroticale deve dar luogo ad uno spostamento in avanti del segmento superiore del meridiano verticale della cornea e per conseguenza ad un aumento del raggio di curvatura di questa membrana. Ne resulterebbe della ipermetropia nel meridiano verticale. Ora in realtà si riscontra un astigmatismo miopico nel meridiano orizzontale, semplice per regola generale, ma che può divenire misto o composto miopico, sotto l'influenza della pressione intraoculare, con permanenza di un eccesso di refrazione nel meridiano orizzontale. Il fatto contraddice dunque la teoria del Wecker.

Wecker, condannando l'escisione dell'iride, non considera che due fatti: 1° la pressione, 2° la cicatrice scleroticale. L'A. vi aggiunge la cicatrice dell'iride, e dice che in ogni osservazione si avrà la cicatrice iridea sufficiente a far passare nella camera anteriore l'eccesso di pressione del corpo vitreo, e la cicatrice scleroticale insufficiente ad assicurare il versamento del troppo liquido accumulato nella camera anteriore. È chiaro che la retina ed il nervo ottico potranno essere conservati, mentre la cornea e la cicatrice scleroticale saranno distese per la pressione. La cornea cede sopratutto al centro ove il suo maximum di assottigliamento dà il minimum di resistenza. Di là aumento di curvatura e quindi miopia del meridiano orizzontale; nel senso verticale abbiamo, come si disse sopra, ipermetropia.

Insomma il meridiano verticale della cornea tenderà verso la miopia o verso l'ipermetropia, secondo che la cicatrice scleroticale sarà più o meno resistente del centro della cornea. M.

(*Annales d'oculistique*. Luglio, Agosto, Settembre, Ottobre 1878).

6. **Casi pratici raccontati dal professor Ravà al professor Quaglino.** (*Annali di Oculistica*, An. VII, fasc. 2-3). — Il Prof. Ravà riferisce al Quaglino, in alcune sue lettere, tre casi importanti, che gli occorsero. Il primo quello di un tumor cistico del sopracciglio, da lui operato con esito funesto; poichè durante la escisione si ebbe copiosa emorragia, che si ripetè poi a sutura già fatta; quindi erisipola traumatica, estesa alla metà corrispondente del cuoio capelluto, vasta piaga gangrenosa, infezione purulenta e morte.

Questo successo, per sè stesso gravissimo, non deve poi, a parer mio, sgomentare il chirurgo, quando egli venisse richiesto in un caso simile dell' opera sua. Imperocchè anche il Prof. Ravà, nel caso suo disgraziato, con una storia anamnestica un po' più accurata, avrebbe potuto, per lo meno, star coll'animo preparato agli accidenti della operazione, e con un po' più di cautela, tralasciando cioè la sutura, scemare le probabilità del pericolo di sì grave erisipola, e di un processo di icoremia. Del resto poi tutti sappiamo con quanta facilità l' erisipola sorga a contrastare il buon esito delle operazioni, che si fanno alla faccia e sul cranio, benchè queste siano molte volte di lieve importanza.

Nel 2° caso, che riguarda il tatuaggio della cornea leucomatosa, il signor Ravà presenta ai pratici un esempio raro, ma non strano, di risultato infelice di tale atto operatorio. Mediante la iridectomia egli aveva restituita la vista all'occhio destro di un tale, che perduta l'avea per grave cheratite media ulcerata, la quale era poi terminata con vasto leucoma centrale e con ernia dell' iride, e quindi consecutiva sinechia. Ma quel cliente, non pienamente contento del grande acquisto, vanitoso, a quanto sento, e geloso del suo sembiante, pregò il Ravà, che vedesse modo di menomare, almeno in parte, la deformità, che quel leucoma gli aveva recato al volto. Il Professore propose il tatuaggio, e dietro reiterate istanze si piegò a compiacerlo, e lo eseguì. Fatale compiacenza! Quel pezzo d' iride, che costituiva la sinechia, e che nel centro

del leucoma si manifestava per una piccola area nerastra, punzecchiato dall'ago, e irritato forse anche in modo speciale dall'inchiostro chinese, divampò d'incendio flogistico, che, come per favilla che si attacchi a esca, rapidamente all'iride tutta si propagò, dall'iride alla coroide, dalla coroide a tutto il globo oculare : due giorni dopo la vista, sì splendidamente ricuperata, si estinse; e dopo lungo e terribile martirio l'occhio si atrofizzò.

Questo fatto è degno della storia, perchè serve a mostrare quanto il tatuaggio possa essere in simili casi pericoloso.

Circa il caso di cateratta doppia adoperata con pieno successo, in soggetto giunto ad estremo grado di marasmo diabetico, non posso col signor Ravà (mentre mi rallegro di sua fortuna) trovarmi d'accordo sulla conseguenza che egli ne trae, che *cioè non si deve in casi simili rifiutare recisamente di operare l'infermo*, quando appunto si teme che più pochi giorni, o settimane, gli rimangono di vita; perchè in tal congiuntura anche un felice risultato come può giustificare la gravezza di tale atto operatorio? D'altronde non è in tali condizioni dell'organismo che il buon successo è più che mai messo in forse? Dr. DANESI.

FORMULARIO

1° *Contro la fotofobia scrofolosa.*

Pr. Tintura alcoolica di iodio 4 grammi
Acetato di morfina 20 centigrammi
per embroc. alla fronte.

2° *Collirio d'atropina.*

Pr. Salicilato d'atropina 10 centigrammi
Acqua stillata 15 grammi

Questo sale d'atropina è preferibile al solfato perchè non si altera come questo.

VARIETÀ

Gli onorari del medico.

Traduco dagli *Archives générales de médecine*, par LASEGNE et DUGLAY, Novembre 1878:

La questione degli onorari medici è all'ordine del giorno. Le

condizioni della ricchezza pubblica e privata si sono modificate profondamente; il valore della moneta è diminuito e le spese sono aumentate in ragione inversa.

Le vecchie abitudini con le quali si è stimata fin qui l'opera medica dovranno restare invariate?

Quando si pensa che le tasse per le perizie mediche avanti i tribunali non sono da noi (Francia) variate dal 1811 in qua, s'intende che i clienti si sieno poco occupati di accrescere gli onorari.

In Inghilterra, si è trattato l'argomento come si usa in quella terra classica delle agitazioni prolungate che finiscono per esaurire una discussione senza scoraggiamenti e spassionatamente. A forza di ripetere le medesime cose sotto forma di lettere firmate o anonime, nella prima o nella seconda pagina de' giornali, in quel paese si cerca di riuscire o convincendo o stancando il lettore.

Invece quei medici stranieri, i quali come i Tedeschi, hanno voluto di un tratto cambiare i costumi, e padroneggiare nel campo dell'interesse, non hanno tratto alcun profitto dalle loro campagne a passo di corsa.

Ciò non seguirà agli Inglesi.

Oggi la questione è questa ed è la prefazione di quelle che in progresso sorgeranno necessariamente. Una ghinea (L. it. 26) per una consultazione costituisce una ricompensa equa? E se lo era ai tempi di Giorgio IV, lo è egualmente oggi? La risposta evidentemente dev'essere negativa e la suggerisce il buon senso.

Si propone come termine medio di fissare il *minimum* per la 1ª consultazione 2 ghinee e di mantenere provvisoriamente la tariffa convenzionale o tradizionale per le consultazioni successive. Bisognerà che il pubblico inglese che vuole ricorrere al parere dèi maestri della professione passi per queste esigenze. Più tardi verrà la tassazione pel medico curante, più modesto nelle sue pretensioni ma che tenderà incessantemente ad accostarsi ai primi.

La pratica medica essendo in Inghilterra più dispersa che organizzata, bisognerà sempre contare con il modo di vedère diverso dei vari pratici che sono in fama, e di quelli che non possono avere altro titolo che il loro zelo. Ma ciò nonostante la necessità di elevare le *ricompense* (nel testo salari) s'imporrà ovunque.

Sarebbe bene che il nostro paese (Francia) non tardasse troppo a seguire l'esempio de' nostri vicini ai quali accordiamo giustamente tanto buon senso e tatto pratico. Perchè, oggi, nelle grandi città, la professione nostra è ancora possibile, ma nella maggior parte de' piccoli centri si usa corrispondere degli onorari affatto sconvenienti.

Disgraziatamente, noi non sappiamo andare adagio e gradatamente, ed i tentativi di rivoluzione non hanno probabilità di successo in materia di onorari medici.

A. S.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1878 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno I. Firenze, 1° Gennaio 1879. N. 5.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprètes que des oracles.
(Giraud Teulon, *L'Œil*).

L'abbonamento per l Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.

Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. Simi, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

LAVORI ORIGINALI

LA TEORIA DELL'OTTALMOSCOPIO; una lezione del corso di ottalmoscopia del Dott. A. Simi, raccolta del Dott. Gerolamo Danesi (1).

La teoria dell'ottalmoscopio poggia tutta sulla legge dei fuochi coniugati. Si richiami pertanto alla mente tal legge. Or bene: se davanti a una sorgente luminosa mettiamo una lente biconvessa, si formerà dietro di questa, in un dato punto, che è un fuoco coniugato, una immagine, la quale si può raccogliere sopra un diaframma; invertiamo: se al posto, ove si era formata l'immagine, mettiamo la sorgente luminosa, si avrà quella ove prima era questa: ciò in virtù della suddetta legge. E il rapporto tra la distanza dell'immagine e quella della sorgente luminosa dalla lente sarà nell'uno e nell'altro caso sempre costante.

Veniamo all'occhio: anche qui troviamo ripetersi lo stesso fatto.

---

(1) Per compiacere alcuni abbuonati lasciai inserire questa lezione raccolta dal mio assistente al mio corso di ottalmoscopia, e forse non avrò fatto un gran male permettendo per una volta uno strappo al programma del gioraale. Ma quei signori abbuonati mi permettano di far loro riflettere, che la cosa non potrebbe ripetersi senza far perdere al giornale l'indirizzo quale fu dichiarato nel primo numero. A. Simi.

Considerando l'apparecchio diottrico del nostro occhio, come una lente, se mettiamo davanti a siffatta lente una sorgente luminosa, troveremo a questa sorgente una posizione, ossia una distanza tale dalla lente, onde si formerà nel fondo oculare, l'immagine della sorgente luminosa. Ora, quando il fondo oculare è rischiarato, possiamo considerare esso come sorgente luminosa (ed è tale di fatto), ed invertendo come sopra, si avrà al luogo della nostra fiammella l'immagine del fondo oculare. La qual cosa si traduce anche in quella legge, formulata dallo stesso inventore dell'ottalmoscopio, sul cammino della luce, onde i raggi luminosi tengono all'uscire dall'occhio lo stesso cammino che per entrarvi. A questo punto nasce una grande difficoltà pratica ed è che mentre l'immagine raccolta sul diaframma, nel nostro esperimento, è visibile da ogni lato fuorchè da quello pel quale la luce vi arriva, non lo è quella che nell'occhio si forma, poichè altrimenti bisognerebbe che la nostra testa fosse trasparente. D'altronde se per vederla ci mettiamo sul cammino della luce, da dove soltanto è visibile, intercettiamo la luce stessa; e se ci mettiamo dietro la sorgente luminosa non saremo più sul cammino della luce. Ma la grande difficoltà fu vinta colla invenzione dello specchio riflessore, forato, oppure trasparente verso il centro. Mediante questo specchio, infatti, si può inviare ad illuminare il fondo dell'occhio un fascio di luce, ricevuta da una sorgente luminosa, collocata non più davanti ad esso, ma ad esso lateralmente; e nel medesimo tempo, affacciandoci coll'occhio osservatore al foro dello specchio, riceviamo i raggi riflessi dal fondo oculare, e ne vediamo quindi l'immagine, giacchè ci troviamo così sul cammino della luce.

Realizzate queste condizioni volute, non sempre però noi vediamo l'immagine del fondo oculare: la vediamo nel solo caso in cui e l'osservatore e l'osservando siano emmettropi. E ciò s'intende; infatti, trovandosi la sorgente luminosa (fondo oculare dell'occhio osservando illuminato) sul fuoco principale dell'apparecchio diottrico dell'osservando, i raggi che ne escono sono paralleli, e ricevuti come nuovamente incidenti sul nostro apparecchio diottrico, si riuniranno nel fuoco principale del medesimo, cioè sulla retina, ove quindi si formerà l'immagine desiderata. Ma nei casi di ametropia la cosa muta d'aspetto. Nell'ipermetropia, la sorgente luminosa (fondo dell'occhio illuminato) essendo posta davanti del

fuoco principale del cristallino, i raggi emergenti saranno divergenti; e nella brachimetropia convergenti, onde per render loro il necessario parallelismo convien ricorrere ad un altro artificio, che è quello di aumentare nel primo caso il potere refrattivo dell'apparecchio diottrico con una lente biconvessa, e di diminuirlo nel secondo caso con una lente biconcava, a seconda della quantità del vizio di refrazione; e ciò tanto per l'osservatore, quanto per l'osservando, a seconda del bisogno, a seconda cioè che l'uno dei due è ipermetrope, o miope.

E qui ho considerato il caso che l'uno dei due sia emetrope: veniamo ora al caso in cui e l'osservatore e l'osservando abbiano o il medesimo, o un diverso vizio di refrazione.

Se un miope osserva un miope, la lente biconcava aggiunta deve avere un potere refrattivo maggiore di quanto è la miopia dell'osservando, e di quanto è quella dell'osservatore.

Se un ipermetrope osserva un ipermetrope, la lente biconvessa aggiunta deve avere un potere refrattivo maggiore tanto di quanto è la sua ipermetropia, e più di quanto è quella dell'osservando.

Se il miope osserva un ipermetrope, la lente biconvessa aggiunta deve avere un potere refrattivo minore di quanto egli è miope.

Se un ipermetrope osserva un miope, la lente biconcava aggiunta deve avere un potere refrattivo minore di quanto egli è ipermetrope.

Tutto questo è detto per significare le condizioni secondo le quali la luce emergente da un occhio illuminato, ci fa vedere l'immagine di questo fondo oculare. Infatti ad un occhio osservatore normale non possono giungere con efficacia che dei raggi paralleli o divergenti. L'occhio normale non può adattarsi ai raggi convergenti.

Ma quando giungano al nostro occhio dei raggi paralleli, allora senza nessuno sforzo e come chi guarda all'orizzonte; quando giungono dei raggi divergenti, allora accomodando come chi guarda oggetti ravvicinati, noi ci procuriamo l'immagine diritta del corpo luminoso dal quale emanano. E siccome nel miope abbiamo dei raggi emergenti allo stato di convergenza, così non ci sarebbe possibile di procurarci l'immagine di un simile occhio se non usando l'artifizio di ridurre detti raggi o paralleli o divergenti mercè una lente biconcava o ad affetto divergente.

Questo non toglie che non ci riesca di vedere l' immagine del fondo oculare anche nel miope, ma ciò accade perchè avviene un fatto nuovo. Avviene cioè che i raggi luminosi uscendo dall' occhio del miope allo stato di convergenza sur un dato punto, ivi si riuniscono, s' incrociano ed al di là dell' incrociamento procedono poi divergenti. Ed una volta resi divergenti fanno il fatto nostro.

Allontanandosi allora l'osservatore quanto fa bisogno, può apprezzare l'immagine del fondo dell'occhio miope al punto di riunione dei raggi convergenti. Questa immagine è rovesciata, è nettissima, è assai piccola e perciò si presta ad un esame d' insieme che la rende preferibile in certe condizioni alla immagine ottenuta, esaminando l' emettrope e l' ipermetrope, giacchè in questi casi l' immagine diritta e grande non ci permette l' esame con un colpo d' occhio. È vero però che questa immagine diritta ci serve bene a studiare un punto ristretto del fondo oculare.

Ora siccome per mezzo di lenti minerali possiamo modificare lo stato refrattivo di qualunque occhio, è in poter nostro di condurre qualunque occhio nelle condizioni da darci o l' una o l' altra specie d' immagine.

Per mezzo di una lente biconvessa possiamo aumentare la refrazione dell'apparecchio ottico in modo da render miope qualunque osservato e così procurarci quando ci sembra buono, una immagine rovesciata del fondo oculare. E ciò dicesi esaminar col metodo dell' immagine rovesciata. Ovvero per mezzo di una lente concava possiamo ridurre paralleli o divergenti anchè i raggi emergenti di qualunque occhio, o si può dire, possiamo rendere qualunque occhio emettrope ed ipermetrope, e perciò procurarci quella immagine diritta che costituisce l' esame detto ad immagine diritta.

Ora ciò è tanto esattamente vero, che esaminando le condizioni secondo le quali l' osservatore può vedere l' immagine di un occhio osservato, può rendersi conto dello stato refrattivo di questo. L'ottalmoscopio diventa allora un optometro. Ma di ciò in altra lezione.

Intanto per imprimersi nella mente queste condizioni delle immagini, conviene procurarsi una lente biconvessa e provarne l'effetto ponendola a varie distanze innanzi ad una fiaccola.

DANESI.

CONTRIBUZIONE ALLO STUDIO DELL'USO DELL'ESERINA NELLE AFFEZIONI GLAUCOMATOSE, per A. SIMI.

Quello che viene provato dalle due istorie che sono per raccontare succintamente, non tornerà nuovo per quei colleghi che si occupano delle malattie oculari, perchè ormai è cosa provata che l'eserina abbassa in modo rilevante la tensione oculare. Nè penso che potrò dir cose che valgano punto a modificare la terapia delle nominate affezioni, contro le quali per ora nulla giova al di fuori della cura chirurgica; soltanto proverò una volta di più l'utilità di questo medicamento per prevenire e ritardare il processo glaucomatoso.

Nel mese di luglio u. p. io visitavo il signor N. N. di Firenze, di anni 45 circa, con diatesi reumatica, uomo di lettere. Egli da oltre dieci anni portava occhiali biconvessi fortissimi perchè ipermetrope.

Il sig. N. N. veniva a consultarmi essendo che da qualche tempo provava degli offuscamenti passeggieri al suo occhio destro, i quali per qualche mezz'ora gli rendevano difficile la lettura. All'esame dell'occhio vedevasi la circolazione episclerale quasi normale, impiccolita la camera anteriore, dilatata e pigra la pupilla, e trovavasi il globo oculare duro e teso; l'acqueo, la lente cristallina normali e trasparentissimi, il vitreo lievissimamente intorbidato; la retina aveva le vene un po' turgide e rimpiccolite le arterie; la papilla mostrava una escavazione assai visibile ed i vasi centrali gettati da una parte. Ma il momento nel quale si faceva l'esame non corrispondeva ad un periodo d'offuscamento, che per solito veniva poco tempo innanzila colizione (11 antim. a mezzogiorno), od avanti il pranzo (4 alle 5 pom.). L'occhio sinistro era normale.

In tale stato di cose fu prescritto un collirio di eserina (preparazione di Erba di Milano) e per 4 o 6 giorni non si ebbero più offuscamenti così profondi; onde dicevasi che le cose andavano meglio. Non fu possibile parlar di operazione; ed il malato lasciò Firenze conducendosi al mare, ove rimase durante un mese, e poi ad una villa ove restò un secondo mese. In tutto questo tempo seguitò l'uso dell'eresina (di provenienza non conosciuta) e le

condizioni dell'occhio si mantennero su per giù le medesime. Si noti però che le condizioni generali migliorarono assai.

Ma tornando dalla campagna, a due terzi di viaggio, che già durava da oltre due ore in strada ferrata, provò un tale annebbiamento del suo occhio destro e tal confusione a quello sinistro da non potersi condurre da solo attraverso la stazione di Pistoia. Nel giorno successivo io lo visitai nuovamente ed il suo occhio destro aveva migliorato per modo, che quasi era nelle condizioni medesime nelle quali lo aveva trovato prima della sua partenza da Firenze. Ordinai nuovamente dell'eserina Erba, ma questa pareva avesse perduta la sua efficacia, perchè poco o punto era il miglioramento che susseguiva alla sua instillazione come nullo o quasi nullo il ristringimento miotico della pupilla. Pel consiglio di un distinto mio collega fu praticato allora un sanguisugio alla tempia, ma dopo questo i fenomeni glaucomatosi aumentarono per modo da mettere in grave timore. Un forte cerchio d'iniezione pericheratica attestava il grave disturbo della circolazione endoculare, come lo attestava lo intorbidamento del vitreo e l'edemazia retinica. La camera anteriore era tanto impiccolita da rendere difficile il maneggio del cheratotomo, e ciò al punto da mettere in pensiero caso mai il cliente avesse accettato di farsi operare.

Allora, fortunatamente, io veniva in possesso di una certa quantità di solfato neutro di eserina della farmacia Vée di Parigi, e volli subito sperimentarla. Il suo effetto in pochi momenti sorpassò quanto si era ottenuto con le altre eserine. Il malato provò delle sensazioni di stringimento doloroso al globo oculare, e l'assistente verificò dopo circa 10 minuti l'eschemia completa dei vasi della congiuntiva ed una perfetta miosi. Ed io, all'indomani, trovai del tutto scomparso l'accesso glaucomatoso.

Tale resultato non rendeva certo più facile il persuadere l'infermo di sottoporsi alla operazione, e quindi per otto giorni consecutivi fu seguitato la medicatura con questo solfato. Tutto procedè regolarmente; voglio dire più non si ebbe offuscamento della vista, e l'infermo attraverso la sua pupilla eccessivamente ristretta (a foro di spillo) leggeva correntemente a tutte le ore del giorno e senza sentire il bisogno degli occhiali abituali.

Ma abbandonando l'eserina, la tensione incominciò nuovamente a crescere, e la circolazione della papilla che ci demmo premura

di esaminare appena la miosi fu diminuita tanto da consentircelo, dava segno di trovare difficoltà ad eseguirsi in ambedue le correnti, come accadeva prima della medicatura. Gli offuscamenti periodici si ripresentarono.

Ripresa nuovamente l'eserina, si ebbero nuovamente i medesimi effetti, e poichè perdurammo nell' uso del medicamento per quindici giorni, durante tutto questo tempo avemmo mancanza di annebbiamenti, mancanza d' iniezioni episclerali ecc. e sempre un lodevole stato della tensione oculare.

Poi sospesa l'eserina fummo daccapo con i fenomeni glaucomatosi.

Allora finalmente il malato accettò l' iridectomia, che fu fatta in alto nel modo ordinario, ed ebbe il resultato ordinario, dando al malato una visione normale V=1 dopo la correzione di un astigmatismo miopico di 1 dioptria nel meridiano orizzontale, avvenuta per altrettanta ipermetropia cancellatasi in conseguenza della cicatrice cheratica.

All' indomani della operazione si manifestarono i segni del glaucoma all'occhio opposto, ma questi furono emendati subito e per sempre (sono ora 40 giorni) con la pronta instillazione dell'eserina, e per il concorso di altre circostanze, delle quali dirò più tardi riferendomi ad una speciale maniera di vedere sul meccanismo di produzione del glaucoma sul 2° occhio.

Più recentemente, mi si presentò un secondo cliente, il quale aveva l' affezione manifesta all' occhio sinistro, e nel destro i fenomeni prodromici di un accesso glaucomatoso. Non potendo lì per lì decidere l' infermo ad accettare un atto operatorio, intrapresi la cura palliativa con l'eserina, ed in capo a due giorni potei osservare che erano cessati i disturbi circolatorii episclerali, abbassata fino alla normale la tensione del bulbo, e quello che più monta riportata la visione a tali condizioni di miglioramento da far dire all' infermo che si credeva perfettamente guarito. Ma bastò che fosse sospeso il medicamento per quattro giorni perchè le condizioni tornassero quelle di poco innanzi, cioè perchè si ripristinassero i fenomeni glaucomatosi. Questo individuo sarà operato fra qualche giorno ed a suo tempo ne renderò conto.

Il facile ed anche pronto succedere di un attacco glaucomatoso in un occhio, poichè fu operato l'altro, è un fatto ormai stabilito

dalla osservazione clinica: e ciò tanto che alcuni vorrebbero si operasse di regola, sopra ambedue gli occhi. Ma forse con questa pratica si oltrepassano i limiti del giusto, perchè facilità e frequenza di ripetizione non vuol dire che questa sia costante e quasi cosa fatale, onde l'operazione, per questi casi, rientra nella classe di quelle che si chiamano *preventive*, e che la sana chirurgia non può accettare.

Ma, comunque sia di ciò, c' interessa assai il renderci conto del meccanismo, mercè il quale, l' iridectomia praticata sopra un occhio glaucomatoso, riesce a risvegliare o ad accelerare il medesimo stato nell'occhio opposto. E conviene che a questo punto s' indirizzino i nostri studi, inquantochè ci premerebbe trovar modo di annullare questa triste influenza di un occhio sull' altro. Per altro nel porre il quesito che si desidera di risolvere, giova fare attenzione che facilmente gli si porta pregiudizio parlando subito di iridectomia, o che per lo meno, così facendo si restringe troppo il campo allo studio. Perchè è proprio l'azione traumatica sopportata dall' occhio il quale riceve l' operazione; è il taglio della cornea, è il vuotamento dell' acqueo, è l' escisione dell' iride il fatto che funziona come cagione in riguardo alla lesione dell' occhio opposto? Quando un infermo sopporta l'operazione in discorso, noi non possiamo trascurare di osservarlo, si sottopone ad un insieme di perturbamenti fisici e morali al di là ed all' infuori dei sopraddetti. Ed ognuno intende quali sieno simili perturbamenti, innanzi, durante e dopo l'atto operativo propriamente detto. Vi è da calcolare il patema dell' animo che precede, accompagna e talora perdura anche dopo l'operazione. Vi è la fasciatura; vi è lo speciale decubito, la dieta ecc., ecc. Ora in simile circostanza tutto dev' essere trascurato, soltanto devesi considerare il traumatismo oculare?

L'escisione dell' iride non è cosa grave per l'occhio che la sopporta, ed in conseguenza delle moltissime iridectomie che si praticano oggigiorno non si è mai veduto destarsi stato glaucomatoso nell'occhio opposto. E se si volesse dare importanza al fatto del vuotamento dell' umore acqueo, si domanderebbe perchè sottoponendo un occhio glaucomatoso alla paracentesi, non si modifica l'occhio opposto?

Spesso si è preteso di dare una spiegazione con un *nome*, e si

è parlato di *azione simpatica*. Ma l'idea della *simpatia* è vaga, e ci fa provare il bisogno di una traduzione in qualche cosa di più definito. Pertanto se intendiamo con questo nome una di quelle azioni reflesse delle quali in clinica si trova facile esempio, e che l'oculista pur troppo facilmente riscontra nei casi di lesioni iridocigliari, e che costituiscono il modo di passaggio di una malattia da un occhio all'altro, potrebbe negarsi che qui ne fosse il caso. E come spiegare che l'azione simpatica si sviluppi più tosto per l'iridectomia che per l'azione glaucomatosa stessa? Ma la storia clinica delle ottalmie reflesse non ha nulla che fare con questa del glaucoma. Ed invero si hanno dei casi nei quali l'occhio operato non può davvero funzionare come punto di partenza di una eccitazione centripeta sufficiente a portare una reazione centrifuga qualunque. Manca ogni irritazione. É malgrado questo l'occhio viene attaccato con sollecitudine. E poi può accadere che l'accesso verificatosi sul secondo occhio cessi, senza che alcuna modificazione siasi verificata sul primo. E questo appunto nel caso che ho narrato più sopra. (*Continua*).

RIVISTE

1. **Studj sulla natura del tracoma,** *del Dott.* Morani (*Rivista Clinica di Bologna,* fascicoli di Settembre e Ottobre). — L'A. fa prima di tutto la storia del tracoma, e mostra quanta discrepanza di pareri sia stata fin qui, e sia tuttora sulla natura del medesimo. Passa poi ad esaminarlo clinicamente; e ne racconta alcuni casi: mostra come spesso esordisca con un catarro acuto della congiuntiva, ma che in questi casi lo stato catarrale è affatto indipendente dalle modificazioni anatomiche, che poi si osservano sulla muccosa; e ne adduce i fatti seguenti: 1° la sproporzione tra la breve durata del catarro e la intensità, e il corso progressivo del tracoma; 2° il non aggravarsi punto del medesimo allorquando nel suo corso il catarro si riaccende. Ma un'altra prova, ei dice, che il tracoma è dal catarro indipendente, e che questo non è che un sintomo, la cui mancanza non ne muta l'essenza, è che il tracoma il più delle volte si svolge, e dura per

un periodo di tempo più o meno lungo, senza concomitanza di catarro; e passa a raccontarne un caso. Fa poi osservare che talvolta il catarro il più intenso si sviluppa e fa il suo corso senza lasciar poi alcuna alterazione anatomica; e ciò appunto perchè esso dipende da una lesione dell'epitelio. Onde, per gl'interni rapporti che sono tra questa e gli elementi sottostanti, se nel lungo corso di un catarro si sviluppano le granulazioni congiuntivali, non si dovranno queste considerare come un effetto, ma piuttosto come una successione, che, per la sua sede appunto, causa si fa di disordini speciali, i quali hanno la loro espressione anatomica nelle granulazioni.

L'A. passa quindi ad esaminare la natura del tracoma, se cioè egli sia veramente costituito da elementi nuovi, o no. A proposito di ciò fa osservare che la esfoliazione epiteliale è sempre uguale, tanto in congiuntiva affetta da solo catarro, quanto in congiuntiva affetta da infiltrazione tracomatosa; e così pure, che le perdite epiteliali sono nell' uno e nell' altro caso rimpiazzate sempre da elementi proliferati della stessa natura: onde gli elementi anatomici (citogene), che li forniscono, devono essere uguali in tutti e due i casi, che è quanto dire sono elementi normali; per conseguenza di elementi normali è formata la infiltrazione tracomatosa. Una dimostrazione di questo fatto dice essere la stessa guarigione del tracoma per opera di uno stato catarrale acuto, o di un processo suppurativo; e a chi gli oppone che la suppurazione guarisce l'infiltrazione tracomatosa, perchè in certo modo esaurisce le granulazioni consumandole, risponde non potersi allora comprendere come dessa rispetti la congiuntiva, i suoi vasi, le sue glandole, il suo citogene.

Il tracoma, egli seguita, non è nè una neoplasia nè un' eteroplasia, perchè non ha nessuna tendenza ad estendersi ai tessuti lontani, nè a riprodurre forme patologiche consimili, perchè spesso si manifesta sopra individui sani e robusti, perchè non provoca mai alterazioni discrasiche, perchè non è ereditario, perchè trae spesso da cause comuni, e finalmente perchè è sempre suscettibile di guarigione.

L'A., a questo punto, passa in rivista le moltiplici successioni del tracoma; e, quanto al panno della cornea, fa notare come esso abbia origine, più che dell'aumentato attrito fra le due por-

zioni della congiuntiva semplicemente, dalla infiltrazione tracomatosa anche della congiuntiva bulbare; onde ne consegue l'atrofia delle glandule mucose, le quali devono fornire il mucco necessario ad evitare l'attrito.

La sua conclusione è adunque che il tracoma non è nè la follicolite, nè la papillite, ma una infiltrazione di cellule linfoidi nelle maglie del reticolo del tessuto adenoide. Onde di mano in mano che il citogene (che è il materiale che riempie quelle maglie) si ipertrofizza, formando quelle vegetazioni, quelle granulazioni costitutive del tracoma, si atrofizzano gli elementi normali; di qui le tante successioni morbose, come il simblefaron, la trichiasis e l'entropion. DANESI.

2. **Condizioni patologiche dell' aumento della tensione oculare** (*Ophthalmic London Report, vol. IX, par. 2 dec. 1877*). — L'A. vuole determinare la patogenia dell'aumento della tensione oculare sullo studio di 53 casi osservati al microscopio.

Ventotto volte la lesione primitiva fu dell'iride e ventisei volte consecutiva a lesioni cheratiche (ferite — ulceri) e due volte alla flogosi dell'iride stessa probabilmente per cause costituzionali. I rimanenti ammalati mostrarono lese le parti situate dietro l'iride, come la coroide e la regione ciliare, ed in questo gruppo rientra il glaucoma.

Lo studio è di attualità e merita di essere studiato attentamente. Ecco come lo fa l'A.:

1. *Lesioni papillari — Escavazione.* — L'escavazione segue quasi immediatamente l'aumento della tensione. La forma e la profondità delle escavazioni variano con l'intensità e la durata di questo aumento.

2. *Lesioni del corpo cigliare.* — Quivi, secondo l'A., sono le alterazioni più rimarchevoli, ed in queste sta l'origine dell'aumento della tensione. Trattasi dell' atrofia del corpo cigliare da riguardarsi come l'effetto di un rapido processo flogistico; e trattasi di varicosità nelle vene che sono alla faccia interna del muscolo cigliare.

3. *Lesioni coroidali.* — In un solo caso l'A. potè costatare che la tensione aumentata avesser avuto come lesione primitiva l'atrofia delle coroide.

4. *Lesioni dell' iride.* — Queste sono frequenti ed importanti, ma in alcuni casi precedono ed in altri conseguitano le lesioni alle quali devesi l'eccessiva tensione.

5. *Alterazione del canale di Schlemm.* — L'A. dice aver trovato questo canale abitualmente chiuso per l'opposizione delle sue pareti interna ed esterna.

6. *Alterazioni del sistema circolatorio.* — Nelle sezioni longitudinali l'A. ha trovato spesso la sezione di larghi canali venosi al livello del muscolo cigliare.

Dopo tutto l'A. si occupa del muscolo cigliare e studia l'influenza che può avere sulla tensione oculare lo stato della sua tonicità e contrazione.

3. **Archives générales de Médecine** (Académie de Médecine, séance 5 août 1878).

M.r Vulpian cita un'esperienza fatta sui cani, in proposito dei fenomeni orbito-oculari prodotti dalla eccitazione del capo periferico del nervo sciatico.

In questa esperienza, la dilatazione della pupilla dal lato dal quale i gangli linfatici sono stati escisi, è in generale meno apparente di quello che sia dal lato opposto, ed incomincia qualche minuto più tardi della dilatazione che si verifica dalla parte opposta. Aggiungi poi che dall'una parte e dall'altra alla dilatazione delle pupille si associa la protusione dell'occhio, lo spalancarsi delle palpebre ed il retrarsi della membrana nictitante.

Risulta da queste esperienze che le fibre del simpatico, o altre che funzionano come queste, sono fornite all' iride ed ai muscoli orbito-oculari a fibre liscie da alcuni nervi craniensi. E ne viene in mente che queste fibre provengono dal trigemello, giacchè sappiamo che il suo taglio, fatto anche fra il ganglio del Gasser e la protuberanza, determina una considerevole diminuzione nell'apertura pupillare. A questo riguardo Vulpian fece apposite esperienze, ma per ora non può trarre conclusioni; solamente sospetta che il nervo trigemino non sia il solo a dare fibre che agiscano sull'apparecchio oculare come quelle che provengono dai gangli simpatici.

4. **Sulla cura della cheratite flemmonosa coll'eserina,** *lettera del Prof.* Gotti *al Dott.* Ramorino. *(Rivista Clinica di Bologna,* Ottobre 1878). — L'A. ha costatato gli effetti utilissimi dell'eserina in 30 casi di cheratite come sopra.

Quando la cura fu intrapresa abbastanza presto, i resultati furono ottimi.

4. **Dei processi per estrarre la cateratta**. Memoria del D.r Tommaso Galli (*Gazzetta Med. Prov. Venete*, 14 Settembre 1878).

L'A. fa un assai lungo discorso circa i metodi ed i processi variati mercè i quali può venirsi a capo di estrarre il cristallino caterattoso. E lo fa per farci intendere certe sue modificazioni ai detti metodi, ossia per offrirci il suo processo. Noi verremo subito a dire di questo.

L' A. incomincia da presentarci il suo coltello, che è un coltelletto panciuto e bene appuntato, di una grandezza media fra quello di Graefe e quello di Beer. Detto coltello serve per praticare il processo di Leibreich, che l' A. eseguisce nella pluralità dei casi, ed ha il vantaggio sopra quello del Graefe di permettere di finire il taglio alla prima e senza quei movimenti di sega durante i quali con tanta facilità si contunde o si taglia l' iride.

L' A. poi ne'casi di sinechie anteriori o posteriori ed in quelli di lente molto voluminosa abbandona questo processo del Leibreich e, sempre servendosi del suo coltello, pratica un taglio sul limite sclero-corneale inferiore e forma un lembo regolare e rappresentato da una linea curva che con le estremità interessa appena lo spessore della sclerotica e la cui base è rappresentata da una linea retta posta immediatamente sotto il diametro trasverso della cornea.

5. **40 operazioni di cateratta dura col processo dell'estrazione lineare modificata**, eseguite da Gennajo ad Ottobre 1878, del D.r Francesco Morano. (*Giornale delle malattie degli occhi*, Settembre-Ottobre).

I resultati ottenuti dal Dr. Morano con le sue operazioni furono generalmente buoni, e quali sogliono essere per il metodo che egli ha adoprato. Ma queste sue 40 operazioni ci sembra che punto modifichino la opinione, generale oggi fra i clinici, che la estrazione periferica quale fu descritta ed impiegata dal Graefe è più sicura della estrazione a lembo classico, ma offre degli inconvenienti suoi proprj e gravi tanto da non farla accettare più come processo ordinario. Il metodo è considerato come buonissimo, ma il coltellino *lineare* offre degli inconvenienti per la sua lunghezza e per la sua strettezza. Il taglio *sclero corneale* non è sempre

necessario, spesso è imbarazzante e per la vicinanza al cerchio cigliare, dannosissimo. Il lembo congiuntivale non è certo vantaggioso. L'iridectomia che tutti riconoscono in taluni casi essere necessaria ed in altri utilissima, la dicono misura di precauzione eccessiva, quando si adoperi sempre e per metodo.

Non dico di più perchè sarebbe troppo lungo lo esaminare qui i pregi ed i difetti della operazione del Graefe, quale l'ha eseguita Morano, bisognando perciò di riassumere non pochi scritti e lavori pubblicati nell' ultimo decennio. SIMI.

FORMULARIO

Nel numero 3 fu data la formula del collirio di eserina. Ora ci piace aggiungere quanto segue, per mettere i nostri colleghi a parata contro le cattive preparazioni.

Il solfato di eserina quale lo prepara il signor Vée, si presenta sotto l'aspetto di piccoli cristalli appuntati, giallo-biancastri, eminentemente igrometrici e che fanno, se contenuti in vaso non chiuso ermeticamente, una massa giallo-bruna che assomiglia la colofonia. La soluzione al centesimo, offre un colore debolmente giallastro, assolutamente trasparente e che non prende il colore rosa che verso il secondo od il terzo giorno. In estate prende questo colore anche in ventiquattr'ore e diventa prestissimo di colore rosso Solferino. Allora si forma un prodotto ossidato dall'eserina che Duquesnel ha chiamato « Rubroeserina » il quale è privo di potere miotico. Quindi a misura che le soluzioni si fanno colorate perdono della loro azione.

Sarebbe desiderabile che si trovasse modo di rendere meno alterabile questo medicamento del quale non può farsene a meno e che ha un prezzo tanto elevato.

Per il momento noi siamo contenti di adoperare questa eserina mescolata a della vaselina, la composizione chimica della quale ci mette appunto al coperto dagli inconvenienti che derivano dall'ossigeno.

Facciamo mescolare cinque centigrammi di solfato neutro di eserina stritolati od al bisogno sciolti in una gocciola di alcool, in 4 o 5 grammi di vaselina. Quindi per economia racchiudiamo

questa pomata in un tubo di piombo, come quelli nei quali i pittori conservano i colori, e dai quali a pressione se ne può spremere una piccola quantità. *(Sistema Gayat).*

VARIETÀ

Non havvi alcuno che non sappia di quanto danno egli si possa far cagione adoperando, per portare collirj nel sacco congiuntivale, un pennello che siasi trovato in contatto con secreto muccoso e mucco purulento. Per questa ragione non vi ha oculista che adoperi il medesimo pennello per due ammalati. Se lo facesse cadrebbe in colpa non lieve, e farebbe cosa non scusabile in questi tempi di *medicature alla Lister.* Ma taluni, ed hanno ragione, non vogliono nemmeno che il pennello dei vari ammalati venga tuffato nel medesimo collirio, perchè senza dubbio non tutti i collirj neutralizzano i materiali di secrezione che ad essi si mescolano ed a poco alla volta si convertono in sciacquatura di pennelli. Questi scrupolosi colleghi non si contentano di assegnare ad ogni infermo un pennello, ma gli vogliono destinato anche un particolare vasetto di collirio. Se non che altri anche più scrupolosi colleghi non si appagano per queste misure, che pur sono costosissime ed hanno i loro inconvenienti. Essi dicono: voi inoculate da un giorno all'altro all' infermo la sua malattia e così la perpetuate. Essi vorrebbero ogni giorno e per ogni occhio, nuova la medicina e nuovo il pennello. Ma tutto questo costituisce un dispendio, per il quale non mancherebbero certamente le obiezioni del cliente o delle amministrazioni spedalinghe.

Come fare?

Nel mio ambulatorio faccio così:

I collirj liquidi sono instillati mercè un contagoccie di mio modello, che è costituito da un recipiente tappato da un sughero traversato da due tubettini di cristallo. Uno di questi tubi termina in un rigonfiamento aperto sul quale è stesa della gomma elastica, onde pigiando su questa si sposta un volume d' aria che preme sul liquido e lo fa risalire pel secondo tubo che è ripiegato a sifone donde esce a goccie. In questo modo il liquido è garantito dal-

l'aria esterna, e cade sull'occhio senza che lo strumento abbia alcun contatto con il medesimo.

Le pomate (fatte tutte alla vaselina) sono portate nel sacco congiuntivale per mezzo di rotolini di carta, dei quali tengo un assortimento sul mio tavolino, e che getto via appena hanno servito. Così avviene che non rimane inquinato il vaso del mio medicamento e giunge alla congiuntiva sempre come preparato di nuovo.

Le pietre (solfato di rame, solfato di allume) sono consegnate a ciascun infermo sul quale debbono essere adoperate, e giorno per giorno deve riportarle quando torna alla medicatura.

E così la quistione parmi sia sciolta nel modo più radicale, cioè abolendo completamente i pennelli. SIMI.

NOTIZIE

Associazione ottalmologica italiana. — Il 1° settembre 1879, avrà luogo in Napoli la terza riunione della Associazione ottalmologica italiana.

Sono preparati per lo studio i quesiti seguenti:

1° Patogenesi e cura del distacco della retina.

2° Indicazioni per l'iridotomia ed apprezzamento dei varj processi operativi.

3° Rapporti che può avere il rosso della retina con la patogenia di alterazioni delle facoltà visive.

4° Se l'infiltrazione purulenta consecutiva alle operazioni praticate sulla cornea possa essere sotto la dipendenza del parassitismo, ed ammesso, quali sieno i mezzi più adattati per prevenirla e combatterla.

N. B. Per la corrispondenza scrivere al Prof. Castorani, Clinico oculista, *Napoli*.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*
Firenze, 1878 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno I. Firenze, 31 Gennaio 1879. N. 6.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprètes que des oracles.
(GERAUD TEULON, *L'Œil*).

L'abbonamento per l Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.

Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. SIMI, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

LAVORI ORIGINALI

DELL'USO DEL CAUTERIO ATTUALE NELLE MALATTIE DELL'OCCHIO, E TRAPIANTO DI MUCCOSA E DI LEMBO CUTANEO MUCCOSO NEL SACCO CONGIUNTIVALE. — *Lettera del Prof.* P. GRADENIGO *al Dott.* A. SIMI.

Padova, 24 Gennaio 1879.

Amico e collega carissimo,

L'ostracismo a cui vorresti condannato il cauterio attuale nelle malattie dell' occhio, è tutt' altro che meritato (1); la scienza oggi possiede relazioni coscienziose di sperimenti e di fatti clinici, tali da doverci far porre questo mezzo nel numero ristretto di quegli agenti terapeutici, su cui, all' occorrenza, il pratico può metter mano con sicura fidanza. Il naturale ribrezzo, che desta nel paziente e fors' anco in chi l' adopera la vista di una punta metallica infuocata diretta sopra un organo tanto delicato qual' è l'occhio, non può essere scusa sufficiente a tale esclusione, chè ben poco diverso è l'orrore prodotto dagli ordinarj stromenti; il cui impiego non di rado torna altrettanto pericoloso ed è quasi sempre causa diretta di vivi dolori ed anco di prolungati patimenti in chi ne subisce l'azione. Ora, grazie a Dio, venne

(1) Vedi *Bollettino* N. 4, pag. 46.

bandito, e per sempre, ogni triste apparato di fornelli, di mantici e di quanto sapeva troppo di Santa Inquisizione, e pell'applicazione del fuoco si adoperano stromenti che nulla hanno di spaventoso, quali sono il cauterio elettrico, quello a gaz del Nelaton o quello ingegnosissimo del dott. Paquelin. Il pericolo poi di penetrare colla punta incandescente nelle camere oculari, è quasi del tutto immaginario; perchè il tocco del platino arroventato portato alla sfuggita sopra i tessuti oculari, appena ne interessa gli strati superficiali ed i profondi vengono protetti dalla stessa escara carbonosa quale cattivo conduttore del calorico, e forse della proprietà diatermica dei liquidi che umettano la superficie dell'occhio. Nessuno che non abbia avuto occasione di vederlo co' propri occhi, può immaginare fino a qual punto il globo oculare tolleri a preferenza d'ogni altro mezzo distruggitore l'azione del calore concentrato, sia che agisca sulla congiuntiva, sulla cornea, sulla sclera o sopra gli stessi interni tessuti. Il dolore determinato dall' ustione è sempre leggero, spesso leggerissimo, l'atto operativo sollecito ed istantaneo, e quel che più monta, incruento; limitatissima e quasi nulla la reazione consecutiva. Se una tanta tolleranza sia dovuta a speciali proprietà istologiche dei tessuti oculari od ai liquidi in essi contenuti, io non saprei dirtelo; posso solo ripeterti che il fatto è degno di tutta l'attenzione, anche per il confronto del grado di reazione e delle alterazioni che tengono dietro all'uso dei diversi caustici potenziali, per quanto deboli essi sieno. Non dimenticherò mai d'aver veduto seguire un' incurabile cecità alla penetrazione fra le palpebre di poche goccie d'aceto comune, in una signora che essendo stata colta da semplice deliquio, venne da chi l'avvicinava assistita con ispruzzi d'aceto sulla faccia. L'azione tutta chimica delle varie sostanze caustiche, d'ordinario solubilissime nell'umore lagrimale, facilmente si diffonde al di là del punto sul quale si vorrebbe agire ed i mutamenti prodotti consistono in modificazioni di alcuni elementi istologici, formandosi anzi di spesso pella combinazione della sostanza organica colla materia cauterizzante una specie di saporificazione, un nuovo prodotto che deve venire allontanato a spese di una lenta reazione flogistica.

Non è però da credersi che il cauterio attuale applicato sopra i tessuti vivi agisca unicamente distruggendo o portando la morte

là dove passa; chè è da lunga pezza dall'esperienza dimostrato quanto esso valga a modificare favorevolmente il decorso di diversi processi morbosi ridestando un'attività riparatrice od agendo talora quale potente mezzo di derivazione. È già da molto tempo che la osservazione mi aveva condotto a tali apprezzamenti. In diversi casi di scottatura dell' occhio, ch' ebbi occasione di vedere e curare nella ormai lunga mia pratica, rimasi sempre meravigliato della poca reazione, della pronta riparazione, e della limitata cicatrice risultante dalla ustione dei tessuti oculari. Ricordo d' un fonditore di metalli che avea riportato molte ed estese scottature per ispruzzi di bronzo liquefatto sulle palpebre e sul globo stesso dell'occhio destro, nel quale la reazione insorta fu appena sensibile; ed anzi con maggiore prontezza avvenne la riparazione delle lesioni del bulbo che non di quelle che interessavano la cute delle palpebre o della faccia. Or saranno quattro anni, mentre per i miei studj sulla cherato-plastica mi adoperava a produrre col caustico attuale delle estese esulcerazioni sulle cornee del coniglio, onde ottenervi poi lo spostamento e l'adesione congiuntivale, cioè dei falsi pterigi, ebbi modo in cento casi di giudicare veramente eccezionale la tolleranza del tessuto corneale per tali lesioni: le cauterizzazioni venivano eseguite estesamente tutto all'intorno, adoperando un rozzo portacaustico di ferro reso incandescente sopra carboni accesi, mentre nulla, assolutamente nulla, veniva usato a moderare la consecutiva possibile reazione flogistica. Bastavano pochi giorni perchè quelle estese perdite di sostanze venissero riparate, e di spesso le cornee ricuperavano quasi del tutto una trasparenza normale. D'allora in poi non trascurai modo d'esperire l'azione del caustico attuale in un certo numero di affezioni dell'occhio, diverse e per sede e per natura.

Potrei narrarti storie di angiomi, neoplasmi, d'ulceri, di macchie, d'ectasie corneali, di prolassi iridei, di panni, e perfino di infiltrazione grigia corneale negli operati, dove trovai vantaggiosa l'azione di questo mezzo potente, e spesso dopo d'avere senza vantaggio esperito ogni più razionale trattamento. Ma per non parere ch'io voglia che tu mi abbia a credere sulla sola parola, ti farò cenno d'un caso osservato fra gli ambulanti che frequentavano la clinica oculistica universitaria negli ultimi mesi dell'anno scolastico decorso, nella lusinga che meglio d'ogni argo-

mento, esso valga a metterti in buona grazia un mezzo che assai di spesso non trova il secondo che possa supplirlo.

Domenico Contiero di Padova, d'anni 64, vetturale, nell' 8 febbraio del 1878 viene accolto nella clinica oculistica e posto al n° 8. È affetto da epitelioma al limite sclero-corneale inferiore dell'occhio sinistro. Dotato di robusta costituzione, mai sofferse malattie d' importanza, godette sempre vista perfetta e dai dati anamnestici resta esclusa ogni ereditarietà dell'affezione per cui riparava nella clinica. Racconta che da oltre un anno, senza causa nota, cominciò ad avvertire nel lato esterno ed inferiore dell'occhio sinistro una piccola chiazza rosso-sanguigna sopra la quale lentamente si svolse in seguito una vegetazione rotonda, dura, indolente che gli recava la sola molesta sensazione come di un corpo di maggior volume che gli stesse innicchiato sotto la palpebra inferiore. Quantunque fino dalle prime venisse consigliato da persona dell'arte a darsi pensiero di quell'apparente leggera malattia, anzi a sottostare ad un atto operativo, pure illuso dalle assicurazioni d'altro specialista che riteneva il male di poco momento, lasciò correre un anno intero senza ricorrere ad alcun provvedimento.

A palpebre chiuse la rima palpebrale sinistra rimane notevolmente spostata all' imbasso. Sollevata la palpebra superiore, il margine cigliare dell' inferiore resta sospinto all' innanzi da un corpo duro, adeso al bulbo dell'occhio. Stirando di molto all' imbasso la palpebra inferiore, questa poi vi rimane da sola spostata immettendosi col suo bordo cigliare in un solco esistente nella parte inferiore del tumore che per ciò rimane del tutto a nudo. Il tumore è della grandezza d'un grosso grano di frumentone, di colorito rosso-cupo, e della forma d'uno sferoide a maggiore diametro orizzontale, peduncolato, diviso in tre lobi da marcate solcature. Liscio al tatto e resistente, adeso, anzi fuso nell'anello pericorneale della congiuntiva colla cornea e colla sclera. Un fascio di vasi tortuosi superficiali, ed altri più fitti, sottili e profondi lo circondano dal lato congiuntivale, perdendosi in esso. Nel canto interno dell'occhio si disegna nettamente uno pterigio tenue, il cui apice supera di poco il margine corneale corrispondente. Pella presenza di tale tumore, il globo dell'occhio poco o nulla soffre nella sua mobilità, come nella funzione specifica; solo avvertesi

abbondante stillicidio lagrimale dato, più che da vera epifora, dallo spostamento del ciglio palpebrale inferiore.

Nel giorno stesso dell' ingresso del malato, venne eseguita la escisione completa del tumore, mediante coltello, asportando una larga zona di congiuntiva circondante il tumore ed alcune lamette della cornea e della sclerotica al di là del punto occupante il tumore. La risultante perdita di sostanza venne protetta facendo ricorso allo spostamento della mucosa formante lo pterigio. Dopo soli otto giorni l'operato venne licenziato guarito, non presentando più alcuna traccia della primitiva affezione, colla espressa ingiunzione di frequentare l'ambulatorio clinico, e di far uso giornalmente della polvere di clorato di potassa nell' interno delle palpebre.

Da allora in poi trascorsero ben quattro mesi senza che il Contiero si presentasse a nuovo esame o desse di sè notizia; quando alla metà di maggio ricompariva chiedendo di essere nuovamente operato. Il tumore erasi infatti riprodotto, e questa volta mostravasi molto più voluminoso e vascolarizzato, conservando sempre la stessa sede e quasi la medesima forma. Nel luogo occupato prima dal pterigio, la mucosa ispessita ed un po' giallastra mantenevasi normale. Venne eseguita seduta stante di bel nuovo la esportazione del tumore, interessando anche questa volta con un sottile coltellino quanto più profondamente tornò possibile la cornea e la sclera senza però mai perforare la parte bulbare. A viemeglio prevenire una seconda recidiva pensai ricorrere ad una estesa cauterizzazione di tutta la superficie denudata, mediante il termo-cauterio del Paquelin, toccandone e ritoccandone il fondo ed i margini fino alla formazione di un' escara bianco-grigiastra interessante e la cornea e la sclera e la congiuntiva. L'atto operativo fu facile e sollecito, e poco il dolore, ma quel ch'è più quasi nulla l'irritazione e l'iperemia della congiuntiva destata dall'azione del ferro e del fuoco, in modo tale che non esitai ad accondiscendere al desiderio del malato che volle far ritorno alla propria casa, avendo però promesso di venire in seguito giornalmente alla clinica per farsi visitare. E questa volta mantenne la data parola; così nei giorni seguenti ebbi modo di verificare come prontamente al cadere dell'escara avvenisse la riparazione della subita lesione, e come la cornea progressivamente acquistasse

una quasi perfetta trasparenza, cosicchè ancora oggi, trascorsi otto mesi, tornerebbe impossibile, anche dietro accurato esame, indovinare quale fosse stata la malattia e la cura da quell'occhio sofferta. (Continua).

CONTRIBUZIONE ALLO STUDIO DELL'USO DELL'ESERINA NELLE AFFEZIONI GLAUCOMATOSE, per A. SIMI.

(Continuaz., vedi num. precedente).

Ritenuto adunque come fatto provato, che quando si opera un occhio glaucomatoso, si facilita o si accelera lo sviluppo della malattia nell' occhio opposto, non pare che al fatto stesso convenga dare spiegazione con la ipotesi delle azioni reflesse nervee, nè pare che il traumatismo sopportato dall' iride e dalla regione cherato-scleroticale od i cambiamenti avvenuti nella circolazione oculare per il versamento dell'umore acqueo ne sieno la cagione.

Ma prima di spingermi più oltre nell'argomento, debbo ritornare sul già detto e dare la misura, più esatta che per me si possa, di quello che dissi facile ed anche pronto succedere di un attacco glaucomatoso in un occhio, poichè fu operato l'altro. Imperocchè questo è di grande importanza.

Non tutti i glaucomatosi che si sottopongono ad una iridectomia si trovano nelle medesime condizioni. Alcuni hanno il glaucoma in un occhio al periodo di stato e nell'altro allo stadio prodromico, ed altri malati da un occhio, sono nell'altro immuni da ogni e qualunque manifestazione morbosa. Ora, la iridectomia non ha i medesimi effetti negli uni e negli altri. Nei primi lo sviluppo del glaucoma nel secondo occhio è più facile che nei secondi. Ma la proporzione conviene prenderla in rapporto con quello che accadrebbe non operando, giacchè il glaucoma essendo affezione facilmente binoculare, tosto o tardi potrebbe svilupparsi nel secondo occhio anche spontaneamente.

Quando non si pratica l'iridectomia il secondo occhio è attaccato nella proporzione di 1 a 15 ed anche di 1 a 18, ma se praticasi l'operazione l'occhio che aveva pochi disturbi glaucomatosi, ci mostra l'accesso con proporzione di 1 a 5 o di 1 a 3. E quando poi il secondo occhio non dava il minimo segno glaucomatoso, si vede

ammalare dopo la iridectomia dell'altro, nelle proporzioni di 1 a 15 o di 1 a 10.

Laqueur ed alcuni altri, hanno impugnata questa valutazione ed hanno sostenuto che l'estensione spontanea della malattia aveva tanta frequenza (1 : 7) da far prendere errore.

Woinow fondandosi sopra 64 operazioni, avrebbe concluso che quando si pratica l'iridectomia sopra un occhio, l'altro essendo perfettamente sano, si salva quest'ultimo.

La conclusione che si deve trarre da tutto questo si è, come già lo dimostrò Graefe, che una prima iridectomia accelera lo sviluppo del glaucoma minacciante l'altro, ma non diviene vera e propria cagione di questo.

Ciò detto torniamo al fattto nostro. L'osservazione dimostra che il secondo occhio si ammala generalmente dal 2° al 4° giorno dopo l'operazione del primo, e per eccezione può giungere nel secondo settenario.

Ora non sembra difficile lo intendere che in un occhio nel quale la tensione è già in eccesso e nel quale per conseguenza la circolazione sanguigna trova già qualche ostacolo a compiersi, questo abbia ragione di disturbarsi maggiormente per l'insieme dei fatti che avvengono per l' operazione. Ma di questi fatti, l'irritazione reflessa per il traumatismo, come causa di perturbazione della circolazione e delle secrezioni, mi sembra il meno importante. E lo argomento dal fatto che la frequenza della estensione della malattia non è in rapporto col dolore provocato dalla operazione, non è in rapporto con la reazione che sussegue a questo e poi perchè per questo meccanismo si dovrebbero avere effetti più pronti. Aggiungo poi, ripetendomi, che mal s' intende che l'atto operatorio possa essere punto di partenza di azioni reflesse che non si suscitarono per irritazione, dolore ecc., molto più forti, durante il glaucoma non anco operato. Non ignoro che la scienza possiede delle esperienze con le quali è dimostrato che l'eccitazione di un trigemello aumenta la tensione in ambedue gli occhi; ma lasciando andare che in queste esperienze si tratta di eccitazioni potentissime che non hanno nulla che vedere con quelle di una ben fatta iridectomia, l'aumento della tensione, che io mi sappia, avviene subito e non dopo più giorni.

Convien dunque trovare qualche altra ragione. A me sembra

che nei casi che studiamo sia facile trovare le ragioni par ammettere una diminuzione dell'attività cardiaco-vascolare, perchè a tanto facilmente conduce il patéma dell'animo, la dieta alla quale sottoponiamo l'operato, la sua posizione orizzontale nel letto, ecc. Ed ammesso questa diminuzione della attività cardiaco-vascolare, è ammesso il disturbo della circolazione sanguigna oculare.

Nelle condizioni fisiologiche ad ogni sistole cardiaca, si ha diastole delle arterie che si riempiono di sangue. A questo momento si ha maggiore tensione intraoculare che noi vediamo nel suo effetto che è quello di determinare il polso venoso, ossia la compressione delle vene, specialmente al punto di emergenza dalla papilla. E siccome l'afflusso del sangue pei capillari non è diminuito, così le vene si riempiono di sangue ognor più, e la loro tensione aumenta finchè non è vinto l'ostacolo allo scaricarsi del loro contenuto. Ma nel caso di glaucoma incipiente, cioè quale lo consideriamo noi ora, la tensione essendo più forte, il polso venoso è più forte ancòra e vediamo apparire il polso arterioso, che ci denota che il sangue per penetrare nell'occhio deve attendere la maggiore spinta che riceve nell'atto della sistole ventricolare. Ecco come l'attività cardiaca giuoca in questi casi. E supponendo che questa sia diminuita viene a diminuire una quantità di quella forza che deve convertirsi in *vis a tergo* e servire a fare scaricare le vene, e queste quindi si fanno turgide e congestionate. È infatti una legge conosciutissima che la circolazione non si effettui convenientemente se la tensione della circolazione arteriosa, non sia superiore a quella della venosa. Questa circolazione ristagna, quando quella s'infralisce. Così costituitasi la congestione credo venuto in atto ciò che determina l'accesso glaucomatoso, come ne discorrerò in progresso di questa nota.

Se io non ho torto in questa mia maniera di vedere, dopo le operazioni per glaucoma ci corre l'obbligo (per regola generale alla quale si faranno le prudenti eccezioni) di sostenere l'azione del cuore con dieta opportuna ed eziandio con medicinali angiostenici, ed abbandonare la vecchia abitudine di condannare gli infermi a soffrire la fame, o restare immobili in un letto intorno al quale si procura un silenzio da sepolcro.

Un operato per glaucoma non deve fare alcuno sforzo di masticazione, ma può ingerire alimenti liquidi o semi solidi quanti

vuole. Egli non ha bisogno di rimanere in letto più di 24 ore (ed è già molto) e non deve tenere l'occhio fasciato al di là della prima giornata.

È significantissimo un fatto di osservazione che appartiene al Prof. Gradenigo. All'indomani di una iridectomia per glaucoma, egli trovavasi presso l'infermo, quando questi cominciò ad accusare degli offuscamenti all'occhio opposto, e quando il Gradenigo potè costatare appena incominciato un accesso glaucomatoso. Ebbene! quell'accesso di glaucoma fu scongiurato subito e per sempre adibendo all'infermo due bicchieri di Marsala.

E nel caso che ha dato argomento al mio discorso accadde il medesimo avendo io fatto in tempo a facilitare la circolazione oculare diminuendo la tensione mercè l'eserina, e poi prescrivendo all'infermo subitamente una dieta larga e confortante. Ed ora al momento nel quale scrivo sono passati 65 giorni, senza più alcuno sconcerto. (*Continua*).

RIVISTE

Sulle applicazioni dello iodoformio alla terapia oculare, del Prof. G. Ravà. (*Annali di Ottalmologia*, Anno VII, fasc. IV). — È un medicamento nuovo per la pratica ottalmica che ci presenta l'A. — Egli ci dice come sia stato indotto a tentarne l'uso dietro gli studi clinici e fisiologici su tale medicamento pubblicati dall'Ill.mo Prof. Moleschott; e pare la pratica abbia ben corrisposto.

Propone l'uso del iodoformio tanto internamente che esternamente; internamente ne amministra da 10 a 25 centigrammi nelle 24 ore, diviso in tre o quattro pillole. Esternamente prescrive due pomate diverse secondo che deve usarlo direttamente nell'occhio, o in parti vicine; nel primo caso fa una pomata con una parte di iodoformio, e 12 a 16 di grasso; nel secondo una parte di iodoformio, 2 di cera vergine e 10 di grasso, perchè diventi più solida, ed essendo più attaccaticcia rimanga più a lungo aderente alle parti.

Eccone ora le applicazioni:

1° Blefarite marginale escoriativa senza interessamento dei bulbi delle ciglia, ed escoriazioni palpebrali. — Dice bastare tre o quattro spalmature, colla pomata di cera e grasso, sui punti escoriati quand' anco estesi.

2° Eczemi cronici delle palpebre. — Si loda dell'uso della pomata ora detta specialmente nella forma umida; la cura vuol esser continuata a lungo. Cinque soli sono i casi citati.

3° Ulceri ed infiltramenti corneali atonici. — L' A. crede questa la principale delle indicazioni ed usa la pomata fatta col solo grasso; egli ci avverte però che qualunque stato di acuzie o snb-acuzie del male, ne controindica l' uso, sotto pena di averne una reazione violentissima e compromettente. Nè manco vorrebbe si usasse nellé ulceri corneali diafane, o nei casi di sviluppo dei vasi sanguigni sulla superfice corneale, in cui è minore la tolleranza del medicamento, o resta presso che inutile. — Nelle ulceri atoniche invece, massime se ricoperte da abbondante dedritus, e nei rammollimenti corneali incipienti con infiltrazione, lo loda quale sovrano rimedio.

4° Pustole congiuntivali e corneo-congiuntivali. — Anche qui ne loda molto l'uso purchè non esista stato alcuno iritativo.

5° Irite ed irido coroideite sifilitica. — Due casi di felice risultato non bastano, come giustamente osserva l' A., ad assicurarne l'efficacia. Nell' uno e nell' altro infermo, dopo aver esperimentati tutti gli altri mezzi, ricorse all' iodoformio; internamente da 9 a 15 centigr. al giorno, esternamente in pomata sugli ingorghi glandulari in uno, sulla fronte e tempie nell'altro.

6° Nevralgia della branca ottalmica. — Qui l'A. considera l' iodoformio come calmante, amministrandolo per uso interno da 10 a 25 centigrammi al giorno, e per frizione, mediante pomata alla fronte. Su tre cure però, al presente, una sola è completa e quindi d' esito certo. È dunque necessario attendere i risultati di esperienze nuove e fatte su più vasta scala (1). LEVI.

(1) Senza voler dare un giudizio definitivo, per ora, faccio notare che la pomata di iodoformio ha non poco disgustato i miei infermi e le loro famiglie, per il suo odore diffusibilissimo e disgradevole. Adibito per la via dello stomaco anche a dose leggera (15 centigrammi al giorno), lo iodoforme ha prodotto degli sconcerti gastro-intestinali tali da imporci di discontinuare l'uso. SIMI.

Della pilocarpina nella terapia oculare, del D.r ROBERTO RAMPOLDI. — L' A. ci dà un accurato riassunto storico del medicamento, parlando poscia della sua azione miotica cui fa seguire le varie esperienze fatte a provare l' azione da esso medicamento esercitata sul circolo sanguigno; in una di queste esperienze di cui l'A. ci dà anco i tracciati grafici, fu coadiuvato dall'esimio Prof. De-Giovanni; per ultimo ci parla di alcune esperienze fatte nella clinica ottalmica del Prof. Quaglino.

Per parte nostra ci occuperemo solo della seconda e dell'ultima parte come quelle che più interessano la pratica ottalmoiatrica. — Le soluzioni usate dall' A. per collirio, in cui preferisce al nitrato il cloridrato, che egli stima più attivo, sono di 1 a 2 centigr. di pilocarpina in grammi 1 di acqua distillata; l' azione miotica comincerebbe 10 minuti dopo la instillazione del collirio, raggiungendo il suo massimo in circa 50 minuti; scomparirebbe del tutto nel decorso di poco più che 12 ore.

Potrebbe questo medicamento trovare la sua applicazione utile in alcuni di quei casi in cui oggi usiamo l'eserina, come nel glaucoma, secondo fu detto da Weber e Wecher; o potrà quanto meno essere un utile succedaneo all' eserina in quei casi in cui, per la sua azione irritante, non possa quest'ultima essere a lungo usata. Facendo una specie di parallelo fra questi due miotici, l' A. ci fa osservare, che l'azione della pilocarpina è più rapida e meno duratura ed energica di quella dell' eserina; ma che toltone un lieve bruciore passeggiero ha, la pilocarpina, il vantaggio di non dare luogo ad alcuna irritazione della congiuntiva, ciò che appunto è spesso lamentato dall'uso dell'eserina.

In quanto all' esperienze cliniche, egli ci parla dell'uso del Jaborandi dato internamente in infuso alla dose di 2 a 3 grammi, e di iniezioni ipodermiche fatte con uno a due centigr. di pilocarpina; dice varii i casi in cui furono l' uno e l' altra usati, e che veramente la cura corrispose, massimamente nelle affezioni oculari a fondo reumatico o sifilitico. — Parrebbe secondo l'A. che per questo medicamento si acceleri il rimutamento dell'acqueo, sicchè ne preconizza l' utilità negli intorbidamenti del vitreo e negli emoftalmi Molte esperienze sono però ancora necessarie prima che sia detta l'ultima parola sulle applicazioni pratiche del iaborandi e dei suoi alcaloidi. LEVI.

Dell' efficacia del bromuro di potassio nelle ambliopie ed amaurosi dei bevitori, del D.r Francesco Ruvioli. — Dopo averci dato un accurato quadro sintomatico della ambliopia e dell'amaurosi dei bevitori, l'A. ci parla della utilità da lui sempre riscontrata nell'uso del bromuro di potassio in tali alterazioni, previo l'abbandono per parte del paziente delle bevande alcooliche. Premesso l'uso di un purgante egli amministra il bromuro cominciando da 2 a 3 grammi al giorno, e spingendolo fino a 10 o 12, secondo che viene più o meno facilmente sopportato dall'ammalato.

I cinque casi d'esito felice riportati valgono a confermare sempre più la fiducia che in tale medicamento hanno oggi tutti i pratici.

Livorno, Gennaio 1879. A. Levi.

Galezowski. **Della ambliopia ed amaurosi congenite.** (*Recueil d' ophthalmologie,* Janvier 1879). — L' autore è di credere che spesse volte è specialmente ne' casi di strabismo, si osservi una debolezza della facoltà visiva da referirsi ad un difetto di sviluppo degli elementi retinici nella regione della *macula* od al modo di distribuzione delle fibre del N. O. E cerca avvalorarsi di una statistica di Berlin, dalla quale risulta che in 225 operati di strabismo questa condizione si trovò il 72 $^{0}/_{0}$.

L' ambliopia congenita può essere monoculare e bioculare. Quella è la più frequente e si congiunge spessissimo con strabismo interno manifestantesi dal 2° al 4° anno, ma pur talvolta riscontrasi con la completa regolarità nella direzione dello sguardo.

I segni coi quali l' autore intende caratterizzare l' ambliopia congenita sono:

1° La diminuzione o la perdita della visione centrale (1).

2° Diminuzione del campo visuale periferico.

3° Discromatopsia parziale (Daltonismo).

4° Mancanza, o quasi, di lesioni apprezzabili all'ottalmoscopio. Soltanto facendo uno studio comparativo con la papilla dell' occhio opposto si nota una vascolarizzazione un po' più abbondante dalla parte ammalata, e spesso non vedesi l' escavazione centrale. Vi si scorgono pure variazioni nella forma del contorno,

---

(1) Ben s'intende che si escludono i casi di ambliopia refrattiva e specialmente per astigamtismo.

ma queste sono referibili ad una amettropia astigmatica con ipermetropia, poichè tali vizi di refrazione accompagnano spessissimo l' ambliopia congenita. Aggiungasi poi che le opacità centrali del cristallino, la ptosis, il nistagno, le macchie pigmentarie del fondo oculare ed altri vizi congeniti possono unirsi alla alterazione invisibile ed inapprezzabile della retina e concorrere al peggioramento della vista.

5° L' eredità.

L' ambliopia binoculare è più rara della precedente, e vedesi più spesso concomitata da lesioni congenite dell' occhio.

Quanto all' amaurasi congenita l' autore parla della monoculare per farci riflettere che in generale noi la vediamo al di là della prima infanzia e conseguentemente possiamo facilmente stabilirla: ma non è così della binoculare. Allora è difficile pronunziarsi perchè non abbiamo che rare volte un reperto ottalmoscopico che ci soccorra. Quando le apparenze del fondo oculare sono quelle dell' occhio normale, non possiamo far altro che osservare se l' infante segue con gli occhi un lume che gli muoviamo d' intorno, o se la pupilla si contrae alla luce. L' autore confessa che sopra 11 di questi casi difficili, ha trovato 5 volte i segni della cecità assoluta, ma solo 3 volte il diagnostico fu cofermato. A. Simi.

Paralisi del motore oculare esterno con deviazione coniugata. (Estratto dalla bibliografia francese del *Recueil d'ophthalmologie*, Gennaio 1879). — In una tesi inaugurale del Signor Gaston Graux nella quale studiò una forma particolare di paralisia del muscolo oculomotore esterno, si rilevano queste conclusioni:

1ª Sul tavolato del 4° ventricolo vi è una regione limitata, (eminentia teres), le alterazioni della quale si traducono con un sintoma caratteristico: paralisi del retto esterno di un occhio, con inazione coniugata del retto interno del lato opposto.

2ª In certi casi questa paralisi del retto interno non è assoluta ed apparisce e scomparisce seguendo il muscolo dell' altro occhio con il quale entra in sinergia nei movimenti coordinati.

3ª La presenza di questo sintoma permette affermare che è interessato il nucleo del 6° pajo;

4ª La paralisi del retto interno dell' occhio sano manca sempre, quando la paralisi del retto esterno dell' altro occhio è d'origine periferica.

5ª Si può con questo differenziare la paralisi del 6° pajo d'origine centrale da qnella di origine periferica; ed in vero nel 1° caso la deviazione secondaria consiste in uno strabismo esterno, ma nel 2° caso invece interno. A. Simi.

VARIETÀ

Confronti ed analogie fra l'organo della visione e quello dell'udito. *Nota del D.r* V. Grazzi.

Leggendo una dotta monografia sulla pressione intra-laberintica pubblicata in Parigi dal D.r Morisset (1) il quale ebbe il gentile pensiero di offrirci una copia del suo interessante lavoro, abbiamo trovato nel medesimo alcuni confronti fra la fisiologia e la patologia dell'occhio e dell'orecchio, che uniti a quelli che per associazione d'idee sono sorti nella nostra mente, li offriamo ai benevoli lettori del *Bollettino di Oculistica.* Sebbene questi paralleli non abbiano in vero grande importanza pratica, pure non li crediamo privi d'interesse e di curiosità scientifica.

L'occhio e l'orecchio sono le due grandi porte dell'edifizio umano, per le quali passano il maggior numero d'impressioni che vanno al cervello. Se ci vien domandato quale di questi due organi crediamo più importante e più utile per i bisogni della vita non esitiamo a dare la preferenza all'occhio. Non deve però credersi che la questione sia sempre stata chiusa con due parole come facciamo noi. Uomini competentissimi, per ingegno e sapere, si sono divisi il campo vastissimo della discussione, e dall'una e dall'altra schiera si sostiene, con buone ragioni, la priorità dell'udito sulla visione, o viceversa. Limitando la questione dentro un ristretto cerchio d'idee, senza tener conto delle considerazioni filosofiche, pure di gran peso, che si adducono sulla origine del linguaggio, del qual dono saremmo privi senza l'organo dell'udito, per noi fra un sordo-muto ed un cieco-nato, questi è più infelice del primo. Il distinto professore di anatomia patologica di Torino D.r Colomiatti non sembra perfettamente di questa opinione. La sordità, egli dice, nei primi anni della vita è una disgrazia forse maggiore di

(1) Delahaye, Place de l'Ecole de Méd., 1878.

quella che sia la perdita della vista, perchè in cotesta epoca non si tratta di semplice sordità, ma di sordomutismo, che riduce l' uomo ad una sfera d'azione inferiore di molto a quella alla quale è destinato (1). Tralasciando di riferire a sostegno della nostra tesi tante altre ragioni diremo solamente che oggi, grazie alla sollecita premura di uomini caritatevoli e dotti, un sordo-muto ha a sua disposizione un numero maggiore di mezzi per alleviare la sua sventura di quelli che abbia un povero cieco-nato. Le tenebre che circondano l'intelligenza del primo possono essere squarciate, ma chi potrà far concepire al secondo un'adeguata idea delle magnificenze di un cielo stellato e di una primavera coi suoi brillanti colori?

I due organi dei sensi dei quali parliamo si soccorrono scambievolmente quando esiste il difetto dell'altro: pare quasi che quella potenza, la quale non fu concessa da natura all' occhio, o da questo venne perduta, venga dall' orecchio acquistata; ed inversamente accade in circostanze opposte. Nei ciechi in generale l'udito è oltre ogni dire squisito, e sarebbe inutile riportare qui alcuni fatti, che si riferiscono appunto alla potenza prodigiosa acquistata dall'organo acustico in coloro che hanno *le luci spente*. Nel sordo-mutismo invece gli occhi possiedono tale potenza di espressione e di percezione, che a vera ragione potrebbero chiamarsi lo specchio dell' anima. Silvio Pellico nelle sofferenze dei suoi primi tempi di prigionia, racconta di aver trovato nel carcere stesso un amico carissimo, che gli riusciva di gran conforto. Non era questi nè un compagno di sventura, nè un secondino, nè la Zanze, che ancora non aveva conosciuta, ma un piccolo sordomuto. Questo infelice, scrive il gran patriotta, veniva sotto la finestra della mia pigione e mi sorrideva e gesticolava — gli gettava un bel pezzo di pane, ei lo prendeva facendo un salto di gioja, correva ai suoi compagni, ne dava a tutti, o poi veniva a mangiare la porzioncella sotto la mia inferriata *esprimendo la sua gratitudine col sorriso dei suoi begl' occhi* (2).

Se l' introduzione c' è riuscita più lunga di quello che noi stessi

---

(1) Colomiatti V. F. — *Dell' esplorazione del condotto auditivo* ecc. — *Indipendente,* Torino.

(2) Pellico, *Le mie prigioni,* pag. 11.

pensammo, il lettore saprà scusarci: ecco senz' altro alcuni estratti della monografia del dottor Morisset. Analizzando i lavori pubblicati in quest' ultimi tempi sulle malattie dell' occhio ci avvediamo che gli oftalmologhi francesi e stranieri si sono occupati di frequente della tensione oculare per studiare le cause ed il trattamento delle variazioni patologiche che la medesima può subire. L' importanza della questione ci spiega il numero grandissimo di teorie emesse sulla formazione del glaucoma, od aumento della pressione o tensione intra-oculare. Lo studio clinico comparativo delle malattie dell' occhio e dell' orecchio ha permesso a questo distinto autore francese di rilevare numerose analogie fra la patologia oculare ed auriculare. In queste osservazioni egli si è soprattutto occupato di ricercare gli effetti della pressione intralabirintica, le modificazioni che essa può presentare nello stato fisiologico e finalmente le condizioni patogenetiche, i sintomi ed il trattamento dell' aumentata tensione del liquido dell' orecchio interno, che egli designa col nome di *glaucoma auriculare*. Il Morisset si affretta a dichiarare che sebbene questa denominazione sia impropria dal punto di vista etimologico, pure esprime esattamente i suoi pensieri, e quasi a sgravio di coscienza espone i confronti e le analogie esistenti nella fisiologia e la patologia dell' organo dell' udito e della visione. Questo parallelo non ha tutt' affatto l' impronta della originalità ed il Duplay aveva già notato che il meccanismo della accomodazione dell' orecchio poteva compararsi a quello dell' occhio. Questo stesso autore faceva rilevare che il muscolo interno del martello protegge il liquido labirintieo contro i suoni troppo forti, alla maniera stessa che l' iride difende la retina dalla lnce troppo viva. Come pure il muscolo della staffa mette gli organi dell' udito in condizioni tali da essere impressionati dalle vibrazioni le più leggere, avendo qui lo stesso ufficio delle fibre raggiate dell' iride, le quali dilatano la pupilla per aumentare l' ingresso nell' occhio del fascio luminoso, quando la sorgente da cui questo emana è poco intensa.

(Continua).

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*
Firenze, 1878 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno I. Firenze, 1° Marzo 1879. N. 7.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprètes que des oracles.
(GERAUD TEULON, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.
Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. SIMI, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

LAVORI ORIGINALI

DELL'USO DEL CAUTERIO ATTUALE NELLE MALATTIE DELL'OCCHIO, E TRAPIANTO DI MUCCOSA E DI LEMBO CUTANEO MUCCOSO NEL SACCO CONGIUNTIVALE. — *Lettera del Prof.* P. GRADENIGO *al Dott.* A. SIMI.

(Continuaz., e fine vedi num. precedente).

Non voglio però deporre la penna senza farti un cenno di un nuovo processo di trapianto mucoso, e di un altro di plastica cutaneo-mucosa nel sacco congiuntivale, che, in questi ultimi giorni, praticai, allo scopo di rendere possibile l'applicazione d'un occhio di smalto in due donne, che in seguito a gravi malattie oculari, ed a subite operazioni, presentavano ristretto e deformato da antiche cicatrici il sacco congiuntivale. — A te, versato come sei in quest'importante ramo di studio, non verrò narrando come il simblefaro posteriore totale ed anco la parziale fusione dei due foglietti formanti il *cul-de-sac* della congiuntiva, costituisca una deformazione assai grave ; e come fino ad ora l'arte nostra non abbia potuto vantarsi di possedere alcun mezzo valevole a combatterla. Tu ben sai che l'uso dei caustici, specialmente se liquidi, l'azione della calce, molte operazioni eseguite a spese della congiuntiva, le vere ottalmie granulose, le difteriche, ecc., determinando il distacco dello strato epiteliale o l'ulcerazione contempo-

ranea delle due superficie mucose, che trovansi a mutuo contatto, abbastanza frequentemente determinano una tale fusione morbosa, e quando è avvenuta anche la perdita del bulbo, oltre all'incomodo di un perenne stillicidio lagrimale, deturpano la faccia, senza che poi torni possibile far ricorso alla protesi oculare. Il simblefaro può esser prodotto dallo stesso uso non ben regolato dell'occhio di vetro, massime se non sia di esatta fattura, e di proporzione conveniente, o perchè venga troppo a lungo lasciato in sito, tanto da restarne la superficie spolita, avvenendo che pell'attrito esercitato sul fornice nei continui movimenti del moncone e delle palpebre, la mucosa s'infiamma dando luogo a vegetazioni polipose ed a vere esulcerazioni.

Egli è per tutto questo che da più anni faccio uso quasi esclusivo di occhi (artificiali che ritiro dalla fabbrica dei bravi fratelli Rubbi di Venezia) foggiati in modo che sieno nel loro bordo perfettamente lisci ed arrotondati, e ciò mediante l'introflessione o duplicatura del margine.

Qualunque però sia stata la causa che abbia determinato la scomparsa della cavità periferica congiuntivale, la sua deformazione, la sua ristrettezza, per cui manchi il punto d'appoggio necessario alla protesi, possiamo ben asserire essere avvenuto sempre un reale accorcimento della superficie, una vera perdita di mucosa, a togliere la quale deve tornare di necessità impotente ogni mezzo che non valga a portare un nuovo tessuto in sostituzione di quello mancante, sia togliendolo a prestito da un animale (trapianto), sia servendosi della più sottile cute che avvicina l'apertura palpebrale (autoplastica).

L'innesto congiuntivale venne da me eseguito in una giovane signora, indirizzatami da un distinto collega di una lontana città d'Italia. Questa ragazza, sia pella mala conformazione d'un occhio di smalto, che pur portava da molti anni, sia pell'uso ripetuto dei caustici, a cui s'era creduto conveniente far ricorso per distruggere alcune vegetazioni che le sorgevano nel fornice inferiore, da più mesi, dopo varî inutili tentativi di cura, aveva dovuto rinunziare del tutto al beneficio della protesi oculare in forza d'un notevole ristringimento del sacco congiuntivale. Il moncone difatti, piccolo ma abbastanza mobile, di forma quadrata, era legato da numerose briglie di cicatrici alle palpebre, il fornice su-

periore, come l'inferiore erano totalmente scomparsi. L' innesto congiuntivale doveva essere assai esteso, perchè assai estesa era in quel caso l'avvenuta perdita di sostanza della congiuntiva, onde era necessario risparmiare ed utilizzare tutta la mucosa superstite, quantunque alterata, anche pel caso assai probabile di un insuccesso nella riescita del tentativo. Dissi probabile insuccesso non già perchè io potessi credere che succeda solo eccezionalmente l'attecchimento sull'uomo di un pezzo di mucosa tolta dall'animale, mentre anzi per diversi esperimenti aveva avuto modo di persuadermi del contrario, ma solo perchè in quel caso speciale, mi era d'uopo operare in condizioni sfavorevolissime, dovendo ricoprire d'un largo tratto di congiuntiva un moncone informe, mobile, contornato da tessuto mucoso disseccato e sede di estese cicatrici. Il processo operativo che volli adoperare fu il seguente :

Eterizzata la operanda, che sfortunatamente non cadde mai in sonno perfetto, e mantenute discostate convenientemente le palpebre, praticai l' incisione dell'angolo esterno come usasi fare nell'operazione del canto-fimosi. Prolungando quindi l' incisione stessa sopra tutta la superficie del moncone dall'esterno fino al grand'angolo dell'occhio, seguendo una linea retta orizzontale, divisi in due giuste metà la mucosa che lo rivestiva. Come cessò lo stillicidio sanguigno dato da quel tessuto iperemizzato, dissecai con ogni cura tutt' all'ingiro fino all' estrema periferia quella mucosa, in modo da mettere a nudo il moncone formando così due larghi lembi di congiuntiva che spostati alla periferia, e rovesciati a ridosso della superficie palpebrale cruenta, valsero a tappezzare tutt' all' ingiro le palpebre ed il nuovo fornice. La congiuntiva bulbare per ciò aveva preso il posto della palpebrale periferica mancante. A colmare poi l'istessa perdita di sostanza rimasta pello spostamento della mucosa del moncone, dissecai tutta la congiuntiva dall'occhio d'un coniglio adulto a pelo bianco, e la portai e mantenni in sito nel modo che verrò esponendoti, il solo, che a mio vedere, potesse risparmiare l'applicazione dei punti di sutura, operazione sempre assai lunga e difficile, e non scevra da inconvenienti, anche non fatto calcolo che la presenza del filo agisce necessariamente qual corpo straniero in danno alla pronta adesione che interessa ottenere.

Non sarà d'uopo che io ti dica quali e quante difficoltà adunque

presentasse l'esatta esecuzione di quest' importantissimo tempo dell'operazione. La mucosa che viene separata dall'occhio del coniglio, pella propria elasticità, cementata dall' umore viscoso che la ricopre, tende sempre ad accartocciarsi ed a ridursi in fascio o cordone tanto da tornare dipoi spesso difficile non solo lo svolgerla senza lacerarla, ma riconoscerne la superficie cruenta. A superare tante difficoltà, ed anche allo scopo, come dissi, di portare e mantenere senza far ricorso ad alcuna sutura, in giusto contatto la mucosa separata dal moncone colla superficie cruenta del nuovo fornice, immaginai d' introdurre fra le palpebre un occhio di vetro alquanto convesso e voluminoso sul quale stesse adattato e disteso il tessuto da trapiantarsi. A tale scopo aveva previamente colmato la cavità di quest'occhio con della cera fusa, modellandone la superficie in modo che, per leggera escavazione, corrispondesse alla convessità del moncone su cui doveva poggiare. Ricopersi la cera di uno strato sottilissimo impermeabile inglese (*oiled silk*), e sopra di questo adagiai la mucosa sanguinante tolta dal coniglio, che con tutta facilità vi rimase aderente ed esattamente distesa, e già lo s' intende, colla superficie cruenta rivolta all'esterno. Largamente quindi divaricate le palpebre, quest'occhio venne collocato sopra il moncone, ed ivi rimase trattenuto dall'avvicinare delle palpebre stesse, sulle quali mantenni di poi una dolce e continua compressione a mezzo di un cuscinetto d'ovatta e d'una fasciatura di velo, ottenendo in tal modo non solo il giusto contatto dell' innesto col moncone cruento, ma ancora lo spostamento periferico dei due lembi congiuntivali, in rapporto colla superficie del nuovo *cul-de-sac* palpebrale. Nessuna reazione tenne dietro a tale atto operatorio, e quattro giorni dopo, tolto l'occhio di smalto, trovai, colla massima soddisfazione, avvenuta la saldatura sul moncone di quasi tutto il foglietto mucoso trapiantato, come regolarmente rivestito da mucosa il fornice congiuntivale artefatto. L'occhio stesso venne rimesso in sito, dove rimase per più giorni senza determinare irritazione alcuna, e neppure un' abbondante secrezione muco-lagrimale. L'esito il più perfetto erasi ottenuto, che giustamente io mi lusingava dovesse essere permanente, quando trascorsi appena dieci giorni, dovetti notare avvenuto un sensibile ristringimento della cavità congiuntivale, rendendosi difficile il moto delle palpebre, e soprattutto

la chiusura della rima. Sostituii perciò al primo un secondo occhio meno voluminoso, e quindi un terzo ed un quarto di sempre minore dimensione.

Frattanto nuove briglie di tessuto cicatriciale andavano formandosi nei lembi della congiuntiva spostata, alcune vegetazioni carnose sorgevano all'angolo esterno e nel fornice inferiore, mentre l'area stessa occupata dal trapianto, di giorno in giorno andava restringendosi concentricamente, permettendo tuttavia l'uso d'un occhio di vetro, ma di piccolissima misura. Quali però si fossero tutti i vantaggi od i danni portati dalla fatta operazione, ora nol potrei precisare, perchè costretto ad allontanarmi per qualche giorno per oggetto di professione, al mio ritorno seppi che questa ragazza aveva rimpatriato sconfortata dal successo ottenuto, e decisa di non sottostare ad altri tentativi che forse avrebbero potuto condurre ad esito più soddisfacente e duraturo.

Dopo di ciò, sfiduciato anch' io dall'esito ottenuto, anzi persuaso che i vantaggi portati in simili casi, dall' innesto della mucosa tolta dall' animale, ancorchè tecnicamente riescito, non possano che tornare limitati e non duraturi, volli tentare un nuovo processo di plastica cutanea, mediante lo spostamento di un lembo di cute tolto dalla porzione laterale esterna della palpebra stessa al disotto del sopracciglio. L'occasione non tardò punto a presentarsi.

Veniva difatti allora accolta nella Clinica Oculistica certa Belloni Luigia di Monselice, che in seguito a grave traumatismo aveva subito due mesi prima l'enucleazione, o meglio l'esportazione del bulbo oculare sinistro. Le palpebre deformate per numerose briglie di tessuto cicatriciale, non potevano che parzialmente venire divaricate, lasciando scorgere retratta la congiuntiva, e scomparso totalmente il fornice superiore come l' inferiore, e ridotto di molto il diametro trasversale della rima delle palpebre, in modo tale da tornare assolutamente impossibile l'applicazione d'un occhio artificiale, anche se di piccolissimo volume. L'operazione pel primo tempo, venne eseguita quasi nell' identico modo della sopradescritta, incidendo cioè orizzontalmente tutta la mucosa che ricopriva il monconcino deforme costituito dalla fusione cicatriciale dei tendini e dei tessuti rimasti nella cavità orbitale dopo la sofferta esportazione dell'occhio; e quindi dissecando quel tessuto fino alla periferia, sotto forma di due lembi abbastanza estesi per

rivestire il nuovo fornice, e rendere in tal modo libere le palpebre nei loro movimenti, ed una maggiore estensione alla loro apertura. La risultante superficie denudata del fondo venne rivestita, questa volta, di un lembo cutaneo, della forma di lingua arcuata, eguale a quello usato pella blefaro-plastica per spostamento nel noto processo del Frücke. Questo lembo era formato dalla sottile cute che ricopre la porzione periferica esterna e superiore del muscolo orbicolare lungo il corpo e la coda del sopracciglio, limitato da due incisioni parallele, e che fondevansi in un apice arrotondato, delle quali la più esterna, convessa, seguiva la curvatura del margine osso-orbitale, la più interna, concava, distava dalla prima circa un centimetro, e la cui base scendeva oltre l'esterna commessura palpebrale, discostando da questa tre o quattro millimetri. L'adattamento del lembo non fu punto difficile, poichè, dopo d'averlo fatto scivolare sotto il ponte rimasto alla commessura esterna, bastò un solo punto di sutura nodoso posto all'angolo interno, per mantenerlo in sito convenientemente disteso. Le labbra dell'esterna ferita vennero perfettamente avvicinate a mezzo di quattro punti di sutura staccata. Allo scopo poi di fissare in giusto contatto, tanto il lembo cutaneo sul fondo, quanto quelli della mucosa nel nuovo fornice, introdussi nel cavo palpebrale una vescicola di gomma elastica, che colla insufflazione d'aria acquistò tanto volume da esercitare in ogni punto una costante ed equabile pressione, resa ancora più valida da una semplice fasciatura di velo posta a monoculo. Trascorse ventiquattro ore dall'atto operativo, insorse qualche vivo dolore nella regione periorbitale, per cui si credette opportuno togliere la fasciatura e la vescica ad aria, che però nel giorno seguente venne sostituita da un occhio di smalto, riempito di cera e ricoperto d'uno strato impermeabile come erasi fatto pel trapianto congiuntivale.

D'allora in poi tutto procedette regolarmente. Il turgore palpebrale andò scemando, la secrezione muco-lagrimale, dapprima abbondante ed elaborata, divenne sierosa e scarsa, e la cute immessa nella cavità orbitale, prese salda e completa aderenza, come pure la congiuntiva spostata, mentre, tolti i punti di sutura, la ferita esterna palpebrale riparava tutta per prima intenzione, senza alcuna apparente deformità. Il cavo congiuntivale in tale modo ri-

costituito si mantenne anche in seguito ampio e di forma regolare, tanto da potervisi facilmente immettere, e lasciarvi a permanenza un occhio artificiale pel volume e pella forma simile all'occhio superstite.

L'esito della fatta operazione, in questo caso, fu veramente completo, e quel che più monta, duraturo.

Abbiti un saluto di cuore dal

Tuo Affezionatissimo Collega

P. GRADENIGO.

DELIQUIO ISTERICO PER BREVE SFORZO DEI RETTI INTERNI. — *Nota del dottor* GUGLIELMO PINI.

La mattina del 22 gennaio prossimo passato, fui invitato a visitare nella sua abitazione in Empoli N. N. giovane di anni 20, di famiglia benestante, alta della persona, snella, gracile, di tessuto adiposo assai scarso, di carnagione bianco-pallida, di occhi e capelli scuri, insomma appartenente al così detto temperamento linfatico-nervoso. Mi si raccontava come fino da 10 anni ella si fosse dedicata indefessamente al ricamo ed alla lettura in modo tale da passare moltissime ore del giorno in questa minuta occupazione. Anzi non contenta di stare applicata finchè durava la luce del sole, anche la notte e di più con il lume a petrolio ella passava in molta parte leggendo.

Quando io la visitai si lamentava di non vederci più bene come prima, di stanchezza, di lacrimazione e di dolor di testa nell' applicarsi. Fatte diverse dimande, pregai la giovane di osservare attentamente un oggetto (che era una grossa chiave, la quale casualmente trovai nelle mie tasche) nel tempo stesso che lo avvicinava agli occhi, e ciò per conoscere come funzionavano i muscoli retti interni. Tale manovra sarà durata forse tre o quattro minuti secondi. Appena che la chiave fu assai prossima al naso, la fanciulla, che seguitò a fissarla, dette un alto grido, si gettò al collo di suo padre, che erale presso e non reggendosi più sulle gambe fu portata su di un canapè lì vicino. — Cercammo di scuoterla

col chiamarla; ma essa non dava indizio di intenderci. Aveva gli occhi spalancati, incerti nella fissazione, con pupilla dilatatissima, il viso pallido, le labbra tendenti al livido paonazzo, le membra tanto superiori che inferiori abbandonate al proprio peso, la respirazione rara, rantolosa, il polso non percettibile: soltanto talora qualche lieve contrazione delle braccia e delle mani ed alle nostre ripetute eccitazioni qualche movimento della faccia. Non una parola. Questo stato durò qualche tempo, poi la giovane cominciò a dare dei gemiti, a presentare qualche contrazione di maggiore importanza, a potere da per sè reggere col collo la testa, ad avere la scompassa del colore bluastro dalle labbra ed a poco a poco a lamentarsi di un gran malessere generale, di debolezza grandissima, di essere, come ella diceva, tutta persa, di non aver più forza, di dolor di testa, di non rammentarsi cosa avesse fatto, di oppressione epigastrica e di annebbiamento assai grave della vista, per cui ci diceva di non vederci più distintamente, ma come tante ombre. Diceva inoltre come nel tempo, nel quale aveva tanto male, intendeva benissimo quello che noi le dicevamo; ma che non poteva in alcun modo rispondere. Tutto insieme mi autorizzò ad ammettere che non un semplice deliquio, ma un accesso isterico con deliquio avesse colpito la mia ammalata. Intanto la feci subito coricare nel letto, ordinai fomente senapate alle estremità inferiori e pezze ghiacciate sulla testa dolente e sugli occhi. Messa in letto seguitò a ripetere che non ci vedeva più, tutto era annebbiato, non distingueva i lineamenti e noi le apparivamo come altrettante ombre. Per questo era in stato di grande eccitazione. Osservai gli occhi, la pupilla era sempre moltissimo dilatata. Dopo circa 20 minuti di pezze fredde sulla fronte e di fomente alle estremità inferiori, la giovane ci disse come il dolore di testa andasse cessando e come pure l' annebbiamento diminuisse da terminare l' uno e l' altro del tutto dopo meno di un'ora. La malata ritornò più calma, però sempre pallida. La lasciai rassicurandola che tutto sarebbe terminato a bene. La sera seppi che aveva per due volte vomitato; ma pochissimo, e soltanto ciò che in quel giorno aveva preso (alchermes, brodo, ecc). Dopo il vomito sparì la pallidezza, si sentì in stato molto migliore e soltanto l' arteria radiale dava qualche pulsazione di più del normale. Potetti allora interrogarla ed essa mi rispose come quattro anni fa ebbe un male come quello

di oggi dopo di essersi molto inquietata, anzi mi diceva che fu anche più forte: un' altra volta ebbe il medesimo male, ma più leggero. Non aveva nella mattina e nel giorno antecedente commesso alcuno eccesso dietetico, e prima che io la osservassi si sentiva benissimo di salute come nelle altre mattine. Appena le presentai la chiave, sentì dolerle la testa e gli occhi ed accrescere questo dolore coll' avvicinarsi della medesima; ma facendo forza a sè stessa la volle fissare anche quando era vicinissima, onde ad un tratto le sopravvenne un gravissimo giramento di testa unito alla sensazione di strappamento degli occhi. Eppure la fissazione non era durata più di tre secondi considerato il tragitto dell' oggetto, che da una certa distanza lo portai verso gli occhi! Parendo alla giovane che tutto vorticosamente girasse intorno a lei, si gettò al collo del padre ed il resto l'ho raccontato.

Fino ad avere il giramento di testa o la vertigine per fissare troppo da vicino un oggetto, nulla vi è di strano, anzi è cosa questa che spesso verificasi; ma dalla vertigine passare istantaneamente al deliquio non mi sembra cosa tanto comune. Come andò adunque che si ebbe l' accesso isterico? Fu per la impressione e paura prodotta in lei dalla vertigine, tanto più che si tratta di un soggetto moltissimo delicato e però maggiormente eccitabile? Si potrebbero formulare più ipotesi; ma io credo che l' accesso isterico con lipotimia sia stato l' effetto della impressione, che nella giovane produsse la grave vertigine. L' annebbiamento successivo da cosa dipendeva? Dal vedere come esso si dileguò così presto senza lasciare traccia di sè colla semplice applicazione di posche fredde sulla testa e sugli occhi e come con esso si dileguasse anche il dolore della fronte, facilmente si deduce come quello fosse l' effetto di alterata circolazione quantunque il ripristinamento della visione in parte debba attribuirsi anche allo scomparire della midriasi.

Ho voluto narrare questo fatto: 1° perchè a me fece molta impressione non essendomi mai per lo avanti seguito; 2° perchè più del deliquio mi colpì l' affermazione della giovane di non vederci più, ciò che per un istante mi fece pensare a lesioni endoculari delle più gravi; in 3° luogo per mettere in guardia specialmente non i provetti nella scienza oftalmojatrica, ma i miei amici *medici spiccioli* verso una manovra diagnostica, che così spesso prati-

chiamo e che può talora divenire cagione di tanti guai, che più gli astanti, ma anche il medico possono sgomentare.

Empoli, 2 febbraio 1879.

Il caso raccontatoci dal dottor Pini è di quelli che nella pratica s'incontrano raramente; non è però strano giacchè per molte osservazioni ed esperienze è dimostrata l'influenza *della fissità dello sguardo e della fatica della vista nel provocare disturbi nervosi.* Il *Braidismo* si riferisce tutto a ciò; ed è una neurosi che si manifesta appunto nel guardare un oggetto fissamente e con attenzione, rappresentata da disturbi di *motilità, sensibilità* ed *intelligenza.*

DIRETTORE.

RIVISTE

1. **Sulla cateratta.** Note cliniche del D.r Giulio Saltini (*Lo Spallanzani*, Febb. 1879). — Nella clinica oculistica di Modena nel decorso triennio si ammisero 56 caterattosi (39 maschi e 17 femmine): le cateratte operate furono 64 perchè in 8 casi si operarono i due occhi; 56 cateratte furono operate col metodo della estrazione periferica con taglio dell'iride, 3 con la descisione combinata alla estrazione lineare semplice, 5 con la descisione semplice.

L'estrazione periferica fu eseguita nel limite sclero-corneale per la puntura e la contropuntura, ma la parte centrale del taglio fu interamente corneale; fu praticata in basso.

Dopo le operazioni furono fatte fasciature fenicate, leggermente compressive, che si remossero secondo il bisògno, ma si continuarono per 8 o 10 giorni per sostituirle con un compresso che dopo pochi giorni venne alla sua volta scambiato con una pezzuola volante,

Resultati sopra 56 estrazioni: Successi completi 44, successi mediati 2, insuccessi 10. L'A. adduce delle buone ragioni per portare alla metà la cifra degli insuccessi, e queste sono: che alcune cateratte erano complicate (diabete — marasmo — rammollimento del vitreo — pregresso glaucoma — aderenze) che alcuni malati furono irrequieti e non si prestarono alla cura consecutiva, che

in alcune estrazioni accaddero gravi accidenti operatori, ai quali, fu riferibile l'avvenuto insuccesso.

2. **Sopra un segno infallibile di morte prossima** (*Lo Sperimentale*, Gennaio 1879). — Ha questo titolo una lettera del Prof. Chiapelli diretta al Prof. P. Cipriani, nella quale si parla dell' apertura esagerata (spalancatura) delle palpebre come segno di letalità prossima ad accadere.

L'A. avverte che il suo segno prognostico manca nelle malattie che terminano col coma, e si trova solo in quelle che giungono al termine esiziale con chiarezza di mente, col delirio od il subdelirio; ma però non è costante, nè molto frequente.

Non riportando quanto abbiamo letto nello *Sperimentale*, crediamo di non assumere nessuna responsabilità, e di non essere in obbligo di sviluppare e precisare l' argomento più che non lo fece il suo autore.

3. **Comunicazioni pratiche**, dalla clinica oculistica privata del Prof. Michele Del Monte in Napoli, pel D.r V. Collico Accordino (*Movimento medico chirurgico*, 1879, fasc. 2).

a) Incisione della cornea nella cheratite purulenta e nelle ulcerazioni corneali. Il Prof. Del Monte uniformasi a quanto oggi si pratica dai maestri dell'arte, quindi in questi paragrafi del signor Accordino non vi è nulla di nuovo.

b) Un caso di tubercolosi della congiuntiva. Il signor Accordino ci fa la storia di un caso che dal Prof. Del Monte venne qualificato per *tubercolosi della congiuntiva*. — Manca l' esame istologico e la osservazione clinica non ci lascia persuasi abbastanza.

c) Della estrazione della lente caterattosa insieme alla sua capsula. Il Prof. Del Monte si è accinto 4 volte a risolvere praticamente questo importantissimo problema di chirurgia. Egli cerca di rompere la zonula dello zinn per mezzo di un ago da cateratta che conduce all'equatore della lente attraversando l' apertura pupillare, ora raggiungendola forando con l'ago stesso la cornea, ed ora invece introducendo l'ago attraverso un'apertura fatta col coltellino di Graëfe.

I tentativi di Del Monte sono lodevoli, ma reputo non siano anche meritevoli di altro nome che di tentativi. (*Continua*).

4. KLEIN. **Ricerche oftalmoscopiche sugli alienati.** (Dalla *Clinica di Leidesdorf*, Vienna 1877). — L'autore nota che non sempre il fondo oculare mostra le condizioni dell' organo cerebrale: nè il ritrovare un processo flogistico, uno stato iperemico od anemico della retina o del nervo ottico, autorizza ad ammettere eguale lesione nel cervello, o viceversa, rimanendo spesso affatto indipendenti.

Egli, per mezzo di ricerche sperimentali e di osservazioni cliniche dimostra che non ogni ostacolo al circolo, nè ogni pressione aumentata nel cervello è sufficiente a dare segni riconoscibili all' ottalmoscopio. Ciò nulla meno reputa che il fondo oculare si modifichi nei processi morbosi cerebrali, e che quanto più questi sono considerevoli, tanto maggiore sia il numero delle alterazioni offerte da quello.

Da questo si rileva che bisogna andar cauti nel collegare i cambiamenti del fondo oculare ai processi morbosi del cervello.

5. **Sur les affections oculaires glycosuriques,** per X. GOLEZOWSKI. (*Recueil d'ophtalmologie*, février 1879). — L'A. fa osservare che le condizioni dell'organismo nelle quali riscontrasi la glucosuria, sono frequente condizione di malattia oculare, e che come accade p. es. nella sifilide, nessun organo, nessuna membrana, nessun tessuto può andare esente dalla influenza delle condizioni generali.

Nella storia delle malattie oculari per glucosuria deve notarsi l' apparire simultaneo di lesioni in membrane od in organi che non hanno evidente rapporto fra loro e che sono dotati di struttura differente. Così in questi casi (tal quale come nelle affezioni sifilitiche) riscontrasi un' apoplessia nella retina ed una paralisi del 3° paio, ovvero una iritide ed una retinitide essudativa od apopletica, ovvero una lesione o retinica od iridea congiunta con un' affezione dei centri nervosi.

E deve ancora notarsi come carattere di quest' affezione, la irregolarità nella forma. E per esempio una iritide sarà accompagnata da emorraggia, una cheratitide sarà caratterizzata da una anestasia più o meno completa, un' atrofia della popilla avrà un andamento irregolare, lento con de' meglio e de' peggio ecc., ecc.

§ 1. Cheratitide glucosurica. L' A. ne osservò 3 casi dei quali l'uno con fenomeni d' ulcera rodente e gli altri con cheratite dif-

fusa. In ogni caso vi fu anestesia completa della cornea unitamente a dolori periorbitari e fotofobici. La cura generale giovò assai.

In un caso unita alla cheratitide vi era emiopia omonima e l'A. da ciò venne appunto in sospetto della glucosuria.

§ 2. Paralisi del 3°, 4° e 6° paio. L'A. parlando della frequenza di queste lesioni, accenna che la paralisi del 3° paio è rara, anzi eccezionale, che quella del 6° è frequente e dice che su 100 ammalati per paralisi del 6° paio, la natura glucosurica fu constatata 8 volte, lo che è in rapporto con la sede originaria di questi due nervi, dovendosi ritenere che quelli del 6° paio traggono origine da una serie di cellule nervose situate ai due lati del *rafe mediano* del tavolato del 4° ventricolo, mentre quelli del 3° si trovano in addietro del ponte di Varolio. Ed appunto le alterazioni del 4° ventricolo danno fenomeni di glucosuria.

In una storia riportata a questo riguardo, vedesi come una paralisia del 3° paio che si complicò più tardi con apoplessia della retina, e che non era da riferirsi nè all' inquinamento celtico, nè ad un'affezione cerebrale, si manifestò in un individuo di 70 anni, nelle orine del quale fu trovato zucchero 76 grammi per litro.

L'A. ci promette per più tardi la storia di una paralisi del 4° paio attualmente sotto l'osservazione.

§ 3. Ambliopia glucosurica senza lesione. Somiglia all'ambloipia alcoolica, e talvolta è difficile differenziarle. Può aiutarci nelle discriminazioni, quanto appresso:

a) l' affezione suol essere monoculare nella glucosuria e binoculare nell' alcoolismo.

b) nell'ambliopia glucosurica talvolta può leggere il N. 2 della scala tipografica; non lo può nell'alcoolismo.

c) nella glucosurica si verifica come nell' alcoolismo una cecità parziale de' colori, ma non il *contrasto successivo* dei medesimi.

d) la papilla resta vasta e quasi come congestionata anche se la malattia data da lungo tempo, mentre nell' alcoolismo si fa bianca, anemica e quasi simulante un' atrofia progressiva.

6. **La sintomatologia oculare ne' suoi rapporti con la medicina dosimetrica.** (*Rep. Univers. de Méd. dosimétrique*; première livraison 1879). — M. Burggraeve fa un articolo un po' bislacco, del quale, la conclusione è questa: Nelle affezioni piretiche dell'occhio la cura dev'essere più tosto generale che lo-

cale, prima medica che chirurgica, e non si saprebbe abbastanza tener conto delle cause diatesiche.

L'opinione dell' A. formulata in questi termini, non potrebbe trovare oppositori, ma difficilmente troverà de' fautori, perchè gli uomini pratici non possono contentarsi di formule vaghe e vogliono significate esattamente le indicazioni e le controindicazioni, e con tanta maggiore esigenza per quanto maggiore è la loro educazione ed istruzione clinica.

Ma forse l' A. intende parlare ad un pubblico scelto per comodo della sua tesi, perchè infatti comincia col dire che gli oculisti come i dentisti, se guariscono dei mali d' occhi o di denti, ne producono anche.

Il *Bollettino*, ritenendo pure che convenga non lasciare un momento senza raccomandare agli specialisti lo studio accurato e continuo della clinica generale, non crede di avere lettori ai quali convenga il discorso del signor Burggraeve.

FORMULARIO

Per spalmare le palpebre in caso di addensamento di prodotti sebacei sull' orlo tarseo.

Pr. Ossido di zinco 0,50 centigr.
Cold-cream senza profumo 10 grammi

f. pomata.

Collirio disinfettante.

Acido carbonico 5 grammi
Acqua distillata 1 chilogr.

VARIETÀ

Confronti ed analogie fra l'organo della visione e quello dell'udito. *Nota del* D.r V. Grazzi.

(Continuaz. vedi num. precedente).

Il Bonnafont parlando di alcuni casi di sordità di antica data, da lui guariti con un nuovo processo di perforazione della membrana del timpano, finì la sua lettura con qneste parole: « il y a bien des années, j'avais prédit que la trépanation de la membrane du tympan devait être pour l'ouïe ce que l'opération de la cataracte est devenue pour la vue » (1).

(1) Note lue à l'Académie des Sciences le 2 juillet 1877.

Tornando al lavoro del D.r Morisset dal medesimo traduciamo che esiste, in effetto, per i liquidi dell' occhio e dell' orecchio una tensione alla quale possono essere comparati i cambiamenti fisiologici e patologici. Questa tensione tanto nell' uno che nell' altro di questi organi dipende dall' azione di certi nervi quali il gran simpatico ed il trigemello.

Il glaucoma auriculare è quasi sempre l' effetto delle numerose malattie dell'apparecchio di trasmissione dell' udito, alla maniera stessa che quello oculare si sviluppa più spesso al seguito di malattie della cornea, del cristallino e della retina. Qui sono le cheratiti, le sinechie posteriori dell' iride, le lussazioni del cristallino, le quali provocano la comparsa dei fenomeni glaucomatosi; là è un rammollimento del timpano, le aderenze di questa membrana alla parete interna della cassa, una lussazione degli ossicini, consecutiva ad una retrazione del muscolo tensore del martello, che producono analoghi risultati.

L'esagerata tensione dei liquidi dell'occhio può essere anche primitiva, e i fenomeni glaucomatosi possono svilupparsi in una maniera brusca o lenta. I pazienti dopo avere accusati certi sintomi prodromici caratteristici, quali l'ipermetropia, l'apparizione di cerchi iridescenti attorno ad una fiamma, una certa leggera ambliopia, nel glaucoma acuto si lagnano di sensazioni luminose subiettive, d'una cecità quasi completa ed al tempo stesso di dolori vivissimi nelle regioni perioculari. Qualche volta questi gravi fenomeni morbosi spariscono dopo alcuni giorni, ma spesso una fatale ricaduta determina la perdita dell'occhio, a meno che l'intervento dell'arte non venga ad arrestare i progressi del male. Nella otite acuta i pazienti accusano molesti disturbi subiettivi della funzione uditiva, vertigini, ed in fine sordità più o meno completa.

La tensione endo-oculare e labirintica possono essere aumentate in breve spazio di tempo a causa delle emorragie, delle quali la patogenia merita di essere ancora studiata. Le ricerche di Lionville e Poncet de Cluny hanno dimostrato nel glaucoma emorragico gli aneurismi dei vasi della retina, ed una atrofia dello strato corio-papillare della coroide. A causa delle lesioni aneurismatiche dei capillari e della sclerosi arteriosa con diminuzione di calibro nei vasi di un certo volume, la circolazione è rallentata e la me-

tamorfosi fibrosa degli elementi anatomici della retina e della coroide non fanno altro che aumentare l'impedimento della libera circolazione sanguigna. Sotto l'influenza di tutti questi ostacoli che incontra la circolazione arteriosa avviene da una parte la trombosi delle vene, e dall'altra una essudazione sierosa che aumenta la tensione intra-oculare. Il glaucoma emorragico può essere preceduto da una ambliopia incompleta con lacune irregolari nel campo visuale, da dolori periorbitari, e da una cecità quasi assoluta dovuta ad emorragie sotto-retiniene. Può avvenire che la prima manifestazione di glaucoma migliori, ed il malato conservi ancora un certo grado di visione (*Panas*). Ma bisogna sempre temere le recidive, le quali, per quanto il chirurgo possa mettere in opera, condurranno il paziente alla perdita assoluta dell'occhio. La malattia di Méniere è riferibile ad una emorragia, la quale può essere comparata al glaucoma emorragico, e presenta un andamento analogo a quello di questa affezione oculare. Il primo attacco può non determinare la perdita totale dell'udito, ma una ricaduta, causata da diverse influenze, produce una congestione cerebrale, aggrava la malattia dell'orecchio interno, è spesso le tien dietro una assoluta sordità.

Durante il corso della malattia di Bright si manifestano dei disturbi analoghi nell'organo dell'udito ed in quello della visione. Da una parte sono i rumori, e dall'altra l'ambliopia, che accompagnano o precedono l'anasarca, i quali disturbi presentano le stesse intermittenze, e l'acuità uditiva e visuale possono ritornare normali. Malgrado questa similitudine dei sintomi oculari ed auricolari nella malattia di Bright non possiamo però concludere in una maniera assoluta che esistano analoghe lesioni anatomiche, non essendo stati fatti in proposito i necessari esami necroscopici. Sembra pertanto logico supporre delle alterazioni consimili come sarebbe una degenerazione amiloide dei vasi della retina e della lamina membranosa del labirinto, la quale lesione potrebbe essere causa di improvvise emorragie nelle parti fondamentali di questi due organi.

(*Continua*).

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile*.

Firenze, 1878 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno I. Firenze, 1° Aprile 1879. N. 8.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprètes que des oracles.
(GERAUD TEULON, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.
Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. SIMI, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

LAVORI ORIGINALI

DUE PAROLE

IN PROPOSITO DEGLI OCCHIALI COLORATI

La moda, questa forma di commercio che ha per clienti la vanità e la curiosità, si è impadronita da qualche anno di un argomento igienico e terapeutico e ne ha fatto un articolo di chincaglieria, del quale i bazar ed i merciai ambulanti adornano in questa stagione le loro paniere. Intendo parlare degli occhiali comunemente detti *da sole,* per l'uso dei quali ricorre ora favorevole la stagione.

Al medico può non rade volte tornare opportuno il consigliar l'uso di occhiali siffatti; può accadere che debba pronunziarsi sulla utilità maggiore o minore dell'impiego di quelli o sulla scelta del colore, della forma e della montatura. Per tale ragione mi è parso opportuno di dire brevemente quello che è più necessario di ricordarsi e di considerare per giungere ad un buon giudizio.

Il commercio degli occhiali, ci offre i vetri colorati seguenti:

Bleu puro — Bleu nerastro — Fumo di Londra — Verde nerastro — Verde ecc.

I due ultimi, per unanime consenso dei pratici, debbono essere

rifiutati, perchè il verde dà luogo troppo spiccatemente al colore complementare.

I vetri bleu od azzurri sono utilissimi, come quelli che lasciano entrare nell'occhio la luce moderata per l'addizione del raggio bleu che è il più refrangibile, il più percettibile, il più calmante e dà più persistenza alla facoltà visiva (1). Ma, conviene peraltro considerare che la luce bianca del sole, reflessa dai vari oggetti e decomposta nei loro particolari colori, è lo stimolo naturale ed omogeneo della retina (2), e conseguentemente che nelle condizioni ordinarie e normali noi non possiamo con utilità sostituirla con quella azzurra. In speciali casi di lesioni retiniche, per speciali ragioni terapeutiche (3), o per correggere speciali qualità di luce artificiale, questi vetri bleu sono utilissimi; ma nel giorno, e quando l'unico effetto che vogliamo ottenere si è quello di diminuire la intensità della luce, sono preferibili i vetri fumo di Londra.

Questi che gl'inglesi chiamano *smoke* o *neutral tint-glass*, noi li diciamo anche *vetri affumicati, fumo di cannone, vetri neutri*. Tali vetri hanno la proprietà di assorbire parzialmente tutti i raggi colorati della luce bianca che li attraversa, e diminuire così l'effetto della luce senza alterarne per nulla i colori. Producono cioè quell'effetto che proprio si vuole per un occhio in stato fisiologico; sono adunque *il tipo degli occhiali per difesa dalla luce*.

Non tutti gli occhi si possono giovare dei medesimi vetri azzurri od affumicati, ma convengono tinte d'intensità diversa (tono). Il commercio ci offre quattro gradazioni: *leggerissima*, *leggera*, *media* e *scura*, e le distingue colle prime quattro lettere dell'alfabeto. Ma ci dà le due tinte con tante variazioni che davvero si rimane imbarazzati nella scelta, e confusi da una nomenclatura più o meno barbara (4).

---

(1) Boehm, *Thérapeut. de l'œil par la lumière colorée.*

(2) Dondens, *Diottrica fisiologica.* Traduz. ital., pag. 121.

(3) Boehm, loc. cit.

(4) Questo in gran parte deriva da che i fabbricanti adoperano vetro non preparato per usi ottici, ma bensì per invetrate da finestre. Solo gli inglesi fanno appositamente il loro *neutral tint-glass*, e l'ottengono combinando il silicato di potassa con l'ossidulo di cobalto, l'ossido di rame ed il perossido di manganese, ovvero con il sesquiossido di ferro.

Per provare questi vetri e valutarne il colore, conviene inclinarli alla luce perchè la sia riflessa da una delle loro facce; ed in siffatto modo si verifica se il vetro abbia del rosso o altra tinta sconveniente. E per misurarne l'intensità conviene porre il vetro sopra un pezzo di carta bianca.

È necessario che il campo visivo venga oscurato dagli occhiali nel modo il più uniforme possibile e che specialmente non si abbia l'azione della luce incidente dai lati. Per questo la forma dell'occhiale non è indifferente. Oggi abbiamo in gran moda i così detti occhiali a conchiglia, che sono dei grandi vetri concavi da una parte e convessi dall'altra come i vetri da orologio. Se gli occhiali di questo genere fossero preparati a dovere, cioè con le due faccie curvate ugualmente, e perciò parallele, ottenute mercè l'arruotatura, sarebbero utilissimi; ma siccome avrebbero un prezzo elevato, il commercio ce li procura preparati in *vetro soffiato*, facendo una concorrenza che si appoggia sulla cattiva qualità della merce. Ma tali vetri hanno irregolarità di curva e sono estremamente nocivi

Io non posso far altro che insegnare come si riconoscono questi occhiali cattivi.

Prendendo un punto di mira e guardandolo attentamente attraverso l' occhiale, mentre a questo s' imprimon dei movimenti secondo un piano parallelo a quello dell' iride, se l' occhiale è a facce parallele la mira rimane ferma: se no, si muove e seguita il movimento dell' occhiale.

Lo scegliere, per uscire d' impaccio, dei vetri piani non vale, perchè questi lasciano entrare troppa luce laterale, e converrebbe porvi uno dei due seguenti compensi, che originano due nuovi inconvenienti. Si potrebbe ai lati dell' occhiale aggiungere delle fettuccie di seta, ma questo impedisce troppo il passaggio dell' aria, ed è addebitato di originare delle congiuntivitidi. Alcuni impiegano non drappo di seta, ma velo. Tal velo si guasta e si insudicia troppo facilmente.

Concludasi che la forma a conchiglia vuol essere ben preparata (1) e di larghe dimensioni. Per le donne è preferibile raccomandar

(1) Questi occhiali ben preparati non possono cercarsi presso i chincaglieri, ma è necessario rivolgersi agli ottici.

loro di tutelarsi gli occhi con dei veli, quali entrano nei loro abbigliamenti.

I tedeschi hanno preso l'abitudine di dare agli occhiali a conchiglia, come agli altri occhiali, la forma rotonda. Questa usanza è cattiva, perchè rende inutilmente gli occhiali più pesi, e di brutto aspetto.

È invalsa pure la cattiva usanza che coloro i quali debbono portare occhiali concavi o convessi li portino, anzichè di vetro bianco, di vetro colorato. Sono specialmente i miopi di forte grado, quelli cioè nei quali la miopia è una conseguenza di una sclero-coroitide posteriore e che soffrono di qualche grado di fotofobia, quelli che hanno ricorso a questa specie di vetri. Ma, la diversità nello spessore della lente produce una diversità nella sua colorazione, risultando questa molto più intensa ove in ragione della curva il vetro rimane più denso. Da ciò i danni di questi occhiali.

Per avere una colorazione uniforme, conviene che un vetro colorato a facce parallele sia aggiunto ad una lente bianca. E ciò ottiensi o sopraponendo un paio di occhiali di colore (a forma di stringi naso) agli occhiali graduati fissati alle tempie: ovvero usando occhiali con quattro vetri, due anteriori bianchi, e due laterali colorati, che essendo movibili possono al bisogno condursi di faccia e sopra o sotto ai primi. Può anche incollarsi, mercè il balsamo del Canadà, un vetrolino colorato sulla superficie piana di una lente piano-concava o piano-convessa.

Il signor Fabre, ottico-meccanico a Firenze, ha costruito una speciale montatura, la quale permette di mettere e di togliere i vetri dal telaio, e di mettervene anche due in una volta e con tanta facilità, che la cosa viene praticata dalla persona che usa gli occhiali, senza bisogno di strumenti, ed anche per la strada. Questo occhiale speciale potrebbe essere utilissimo e preferibile agli occhiali preparati come dissi sopra col balsamo del Canadà, perchè questo fondendo a bassa temperatura qualche volta si liquefà se l'occhiale resta esposto al sole (1).

Quanto poi alla montatura debbonsi pur dire alcune parole.

I vetri dei quali abbiamo parlato si assicurano davanti agli oc-

(1) Debbo aggiungere che queste montature non sono ancora in commercio.

chi in due maniere. O si uniscono ad una molla che prendendo punto d' appoggio sul naso e stringendolo tengono le lenti in sito, o si mettono in un telaio che con la parte di mezzo posa sul naso e con l' estremità si combina a due molle che prendono appoggio sulle tempie fino all' orecchio.

Lo stringi-naso, se debba essere portato costantemente, affatica e se combinisi un naso largo alla radice e poco pronunziato, non rimane al suo posto. Quando poi l' individuo debba camminare ed abbia la pelle del naso in traspirazione o bagnata di sudore, gli occhiali scivolano o girano su se stessi divenendo orizzontali. E per impedire che ciò accada, l' individuo è obbligato a tenere gli occhi socchiusi e fare uno sforzo continuo per il quale deriva all'occhio un danno che paralizza l' utilità dell' occhiale.

Se trattisi di un individuo con gli occhi normali, e che porti gli occhiali al semplice scopo di difendersi dai raggi del sole, in una città, ove cioè facilmente di quando in quando si trova dell' ombra, lo stringi-naso sarà utilissimo perchè gl' inconvenienti accennati saranno resi minori dall' uso interrotto dell' occhiale, e si avrà il vantaggio di poterle togliere e rimettere con grande facilità.

Quando però i vetri colorati si ricercano da chi deve traversare una larga ed aperta campagna, o da chi per condizioni patologiche deve farne uso costante, conviene assolutamente scegliere la montatura con le molle tempiali.

Una parola anche sugli occhiali detti *da strada ferrata*. Sono costituiti da due specie di capsule fatte con reticella metallica nella parte più culminante delle quali vi è un' apertura chiusa da un vetro colorato. Questi occhiali sono cattivi, perchè sono pesi, perchè riscaldano l' occhio, e quando i forellini della rete s'intasano, e questo accade presto, danno luogo facilmente alle affezioni catarrali della congiuntiva. Ma di cattivi che sono divengono pessimi quando non sono montati sopra un telaio di molla, ma fanno parte di un' ansa di filo elastico che da una parte poggia sul naso e dall' altra passa dietro la testa. Bisogna vederli qui poveri occhi dopo mezz' ora dell' uso di questi barbari occhiali!

S.

CONTRIBUZIONE ALLO STUDIO DELL'USO DELL'ESERINA NELLE AFFEZIONI GLAUCOMATOSE, per A. SIMI.

(Continuaz. e fine, vedi N° 6).

Ecco dunque come e direi quasi perchè, ci apparisce utilissima l'eserina nelle affezioni glaucomatose. In queste, innanzi tutto dovendo considerarsi lo stato della ipertensione oculare come un fatto che si manifesta importantissimo nel processo patogenico glaucomatoso, e dal quale dipendono poi gli altri fatti che completano la malattia, sarà sempre importante l'azione terapeutica di un medicamento che produce una diminuzione della tensione oculare.

Nel momento attuale vedo un infermo che da tre mesi va soggetto ad attacchi glaucomatosi al suo occhio sinistro, i quali cessano con l'uso dell'eserina, e si riproducono quando la sua azione è finita. Ma è tale l'utilità che il malato ritrae dall'uso del medicamento, che io reputo conveniente non discontinuarlo, nella speranza che l'equilibrio circolatorio possa riprodursi, e allontanandosi gli accessi, il glaucoma possa ritornare in quelle condizioni alle quali corrisponde nel suo stato prodromico.

Anche nei casi di glaucoma così detto, impropriamente, secondario, l'azione della calabarrina è utilissima. Io potrei citare in appoggio di questa affermazione storie molteplici, ma nol faccio perchè in poche parole posso con sufficiente utilità, esprimere come la penso.

I due casi di cateratta traumatica sottoposti all'uso dell'eserina e che da me furono riportati nel N. 3 del *Bollettino,* potrebbero essere ora ripetuti in questo luogo, perchè anche in quelli l'azione antiglaucomatosa del medicamento fu potentissima.

Ma lasciando andar queste forme di iper-endo-tensione da tutti riconosciute utilmente trattabili con simile medicamento, debbo dire di qualche altra forma molto più comune; più d'ordinario curata dai non specialisti, e quasi esclusivamente medicata con l'atropina. Ed ora ho in mira l'iritide e la cheratitide quando unite a forte irritazione ciliare, lo divengono anche a non lieve stato di ipertensione, forma transitoria sì, ma netta e precisa di glaucoma.

Noi avemmo occasione più di una volta, curando delle iritidi o delle cheratitidi, e questo ad ogni oculista è avvenuto, di trovare

gl' infermi nostri, affetti da acutissimi dolori nevralgici occupanti un maggiore o minor numero di filetti del 5° paio: con durezza quasi lapidea del globo oculare. e con una lesione della funzione visiva maggiore di quello che l'offuscamento dell' acqueo o le lesioni della cornea avrebbero comportato.

Qualche anno indietro in simili circostanze si soleva usare l' atropina, e di questa sostanza si aumentava la dose e se ne faceva uso più frequente, mano mano che il dolore aumentava, fino al punto che quando i dolori e la durezza dell' occhio erano giunti all' eccesso, si prendeva il partito di praticare la paracentesi della camera anteriore, se non si correva anche a più importante operazione chirurgica. E d' altronde, siccome si aveva opinione che l' alcaloide della belladonna diminuisse la tensione oculare e dispiegasse un' azione sedativa, quella medicatura era razionale ; ed era razionale riportare l' aumento della tensione e delle algie non all'azione dell'atropina, bensì alla sua insufficienza (1). Ma quando l'osservazione clinica ebbe dimostrato che in occhi in stadio prodromico di glaucoma, poteva il glaucoma, lì immantinenti manifestarsi con accesso violento dopo l' istillazione di tale medicamento, quando l' esperimento fisiologico ebbe dimostrato che sotto l' uso dell' atropina aumentava la tensione oculare, convenne cambiare modo di vedere e considerare che ci eravamo ridotti alla necessità di un atto chirurgico per averne provocata l' indicazione, mentre la si voleva allontanare. E fu allora che si manifestò l' indicazione per l' eserina in forme di male, ove molti non l' avrebbero non solo sospettata, ma ove rimasero scandalizzati, altri ve la scorgesse.

Ormai, osservazioni ripetute in molto numero, e con quello spirito scientifico che dà valore all' osservare, ha fatto giustizia di quella sentenza sbagliata nella quale dicevasi, che per l'atropina non esistevano controindicazioni. Queste sono anzi frequenti, e formano le indicazioni all' eserina.

L' importanza del medicamento rende necessario informarsi delle sue condizioni chimiche, e perciò in aggiunta a quanto abbiamo detto in altri numeri del *Bollettino*, inseriamo qui una nota che

(1) Ci avvenne di vedere un infermo nel quale un nostro collega si era spinto fino a mettere nel sacco congiuntivale il solfato neutro d' atropina in stato solido, e ad avvelenare il malato. E i dolori non cessavano !

togliamo dal *Bollettino farmaceutico*, di Pietro Viscardi, e che ha per titolo: *La fava del Calabar ed i suoi principii immediati* di Harnach e Witkowsky:

« Secondo i nominati autori, nella fava del Calabar esistono due alcaloidi (eserina, calabarrina), l' uno provveduto delle proprietà fisiologiche della stricnina, l'altro di quella di determinare la paralisi dei centri nervosi.

« Il nome di calabarrina è stato applicato al nuovo alcaloide, il quale differisce dall' eserina per la sua insolubilità nell' etere, per la sua grande solubilità nell' acqua e nell' alcool.

« Il precipitato ottenuto dalla sua soluzione a mezzo dello iodioidrargirato di potassio è insolubile nell' alcool.

« Secondo gli autori, le preparazioni commerciali della fava del Calabar producono degli effetti varii in ragione delle proporzioni differenti dei due alcaloidi che esse contengono.

« Quando predomina l' eserina, essa tende ad attutire gli effetti della calabarrina; quando predomina questa, essa provoca de' fenomeni tetanici.

« L' insolubilità della calabarrina nell' etere, porge norme, secondo le indicazioni mediche, per la sostituzione, all'estratto etereo, dell' estratto alcoolico. » S.

RIVISTE

1. **Sul cancro delle palpebre,** *pel Prof.* Carlo De-Vincentiis. (*Annali d' Ottalmologia* del Prof. Quaglino. F. 1, 1879). — L'Autore riferisce il risultato delle sue osservazioni fatte su casi di cancro palpebrale, e dice anche delle operazioni in talun caso praticate, e con ciò intende sbozzare il quadro anatomico del cancro palpebrale, studiato con osservazioni speciali, e non sul trovato dei cancri cutanei in genere.

La prima istoria ed osservazione anatomica ci porta alla conclusione che il male traeva origine dall'epitelio di Malpighi del margine palpebrale e che nel suo crescere ulteriore si propagava per la medesima via della cute vicina, che le congiuntive, il connettivo del margine palpebrale ed il tarso avevano reagito flogi-

sticamente alla presenza della neoplasia, e che le cellule giganti nei follicoli meibomiani, riconoscevano una origine inflammatoria ed una genesi epiteliale dagli elementi delle glandole di Meibomio.

Nel secondo caso il cancro si era sviluppato dalla cute palpebrale, sorgendo dallo strato del Malpighi dopo un' azione traumatica.

Questo cancro ebbe sviluppo rapido: prese la forma papillare: era in persona di 35 anni.

In terzo caso mostra ancora di aver preso origine dallo strato del Malpighi.

Ma dall' insieme del lavoro rilevasi che il cancro palpebrale può sorgere dallo strato del Malpighi, dalle glandole sudorifere modificate del margine palpebrale e dall'epitelio della congiuntiva palpebrale. L' origine dalle glandule sebacee non fu riscontrata.

È a ritenersi che il cancro nelle palpebre trae origine in ogni caso dall' epitelio, qual esso si sia. S.

2. Golezowski. — **Sutura delle ferite della sclerotica.** — In caso di ferite scleroticali occupanti il quarto anteriore del guscio oculare, il chirurgo è in dovere di corrispondere a due gravi indicazioni. Primieramente: impedire o moderare i fenomeni flogistici i quali possono avere effetti funesti in causa del cerchio ciliare che può essere compromesso con danno di tutto l'occhio, del quale è come organo essenziale di nutrizione. Secondariamente: impedire l'ernia e l'uscita del vitreo che si verifica facilmente, essendochè la ferita rimane beante avendo attratto il labbro posteriore dal muscolo retto più prossimo (1).

Ora per impedire l'ernia del vitreo, nei casi ne' quali non giova l'immobilità dell'occhio e la fasciatura compressiva, Galezowski consiglia la sutura, che ha praticata tre volte: due con fili di seta ed una con filo metallico (oro malleabile). Kersendorfer ha adoperato il *catgut.*

---

(1) Ci ricordiamo di un caso nel quale in mancanza di miglior compenso praticammo con vantaggio il distacco del muscolo retto interno, che teneva aperta una ferita della sclerotica, dalla quale usciva qualche goccia di vitreo ad ogni muover dell'occhio, e ci faceva temere la ftisi del bulbo.
A. S.

Le suture debbono essere praticate superficialmente, e non traversando la sclerotica da parte a parte per non correre rischio di offendere i processi ciliari. In un labbro l'ago passa di fuori in dentro e nel secondo all' inversa, e ciò molto obliquamente. Per l'Autore è inutile rendere l'operazione più difficile passando i due fili di dentro in fuori come vorrebbe Lawson, ed è con poca ragione che dall' Yvert si biasimano i fili metallici, quantunque sia vero che i fili di *catgut* siano preferibili. S.

(*Recueil d' Ophtalmol.* Marzo 1879).

3. Golezowski. — **Nuovo processo per operare il pterigion.** — Si distacca il pterigion dalla testa fino alla parte più periferica del ventre, mercè un coltello di Beer. Si passa nella sommità (testa) del pterigion un filo di *catgut* o di seta, con il quale si fissa questa sommità nella parte più periferica della ferita avendo ripiegato il pterigion su se stesso, cioè di fuori in dentro. Quando il pterigion è così ripiegato in fondo alla ferita, si forma come una specie di caruncola che non tarda ad atrofizzarsi. La ferita cicatrizza. Il resultato definitivo è pienamente soddisfacente.

I casi dai quali l'Autore deduce questo resultato sono quattro. Mi paiono pochi: tanto più che l' operazione, nuova in quanto riguarda la ripiegatura del pterigion, non lo è punto in riguardo alla ferita che ne risulta, giacchè questa rimane come nel metodo della semplice escisione e l' esperienza le è sfavorevole. Senza una autoplastica che ci tolga dalle conseguenze di un tessuto inodulare, il pterigion recidiva con molta facilità. (*Idem*).

4. **Contribuzione allo studio patologico e fisiologico dell'ambliopia afasica,** per Noël Gueneau de Mussy. — Il caso raccontato dall'Autore ci vien posto sott' occhio in modo da confermare quasi tutte le conclusioni che fino dal 1876 traeva il Galezowski da un suo lavoro in proposito. Conviene quindi riferire queste conclusioni, che sono:

1° La visione propriamente detta non è alterata.

2° I malati perdono la facoltà di leggere, non per indebolimento della facoltà visiva, ma per la perdita della memoria dei vocaboli.

3° Gli occhi si affaticano facilmente ed il minimo esercizio può provocare vertigini, malessere e cefalalgia.

4° L'esame ottalmoscopico non mostra alcune lesioni; una volta sola fu notata ineguale dilatazione delle pupille.

5° Si osserva una specie di daltonismo, che dipende da amnesia dei colori.

6° L'emiopia (come l'emiplegia) accompagna spesso, assai spesso, l'afasia.

7° In casi rarissimi si è osservata l'atrofia papillare in un sol occhio, che abitualmente è quello sinistro.

8° L'ambliopia afasica è suscettibile di guarigione.

Ora il caso di M. Gueneau ha questo di singolare, che l'ambliopia afasica ha preceduto l'afasia propriamente detta. L'amnesia delle imagini ha preceduto quella de' suoni, e sul principio non è stata completa.

Il paziente aveva 68 anni, era robusto, intelligente e con grande attività cerebrale. Da bambino ebbe emiplegia destra, onde fu disposto a servirsi di preferenza della mano sinistra. Sua madre morì paralizzata, sua padre morì alienato, un suo cugino è epilettico.

Dodici anni fa dopo insolazione ebbe un attacco di afasia (ma senza paralisi) che durò due mesi. Guarì. Dopo questo attacco ogni mese ebbe vertigini comiziali.

Ebbe un secondo attacco d'afasia dopo un accesso di collera, ma l'afasia cessò presto e senza conseguenze. Ebbe anche un fenomeno singolare, e cioè: di un tratto, essendo seduto, sentivasi nella impossibilità di alzarsi e parevagli di essere attaccato alla sedia; a ciò susseguiva nausea e vomito che dopo qualche minuto cessavano completamente.

Una sera non potè più leggere, non perchè non vedesse, ma perchè non ricordando il valore delle lettere le scambiava una per l'altra.

E questo seguiva mentre l'infermo era in caso di parlare con esattezza e con eleganza di lingua. Distingueva benissimo le cifre numeriche.

A tutto questo, nove giorni dopo si aggiunse qualche disturbo locomotore. La sensibilità tattile era normale, egli dirigeva le sue mani perfettamente, le apriva e le chiudeva, ma se trattavasi di prendere un oggetto gli passava accanto, cioè non aggiustava la direzione. Se voleva prendere una penna e far atto di scrivere

s'imbrogliava di dito e di falange, mentre godeva di tutti i suoi movimenti.

Il fondo oculare era normale.

Dopo un giorno cominciò l'afasia di linguaggio.

La malattia si confermò e dopo più mesi il malato non era in caso di scrivere per quanto i fenomeni emiplegici fossero in diminuzione. S.

5. D.r Pfluger. — **Applicazioni dell' ottalmoscopio al diagnostico delle malattie del cuore.** — L'Autore avendo esaminati gli occhi di una bambina di 13 anni, ed avendo scoperto uno stato anormale, per numero e volume, dei vasi retinici, costatò che questi vasi si dilatavano simultaneamente con la pulsazione radiale e che la membrana aveva una colorazione grigio-bleuastra. Per questo diagnosticò una insufficienza aortica, e tale diagnostico si trovò verificato dalla auscultazione. S.

(*Gazette Médicale,* 1° febbraio).

6. **L'uso della luce bleu coniugata con la luce bianca nella cura delle malattie croniche della retina e del nervo ottico. Dei bagni di luce e degli occhiali bicromici.** — Martin di Marsiglia. (*Gazzetta degli Ospedali,* febbraio 1879).

L'Autore ha cercato di aumentare il numero troppo scarso delle risorse che abbiamo per la cura di alcune malattie nevro-retiniche, impiegando come mezzo terapeutico la luce. In altra parte di questo numero del *Bollettino* abbiamo avuto occasione di citare un' opera di Boehm sulla terapeutica dell' occhio per mezzo della luce colorata. Quell' opera è degna di essere consultata. Ma, comunque sia, il signor Martin è partito dal fatto, sperimentalmente accertato in America, che ponendo delle piante in un mezzo luminoso bianco e bleu, queste mostrano di crescere più e meglio che nol facciano alla luce bianca, e che sotto l' influenza di questa luce bianca e bleu anche gli animali mostrano uno sviluppo più considerevole.

Ora il signor Martin si è domandato, non potrebbesi con utilità impiegare questa luce nell'atrofia delle papille ?

Egli mira allo scopo in due differenti maniere :

1ª Facendo portare al malato (più ore al giorno) un pajo di occhiali con vetri bianchi sui quali sono incollate quattro striscio-

line di vetro bleu cobalto. L'occhiale all'ingiro è munito di taffetà nero.

2ª Ordinando all'infermo di restare più ore del giorno in una camera alle finestre della quale sono applicati vetri bleu e bianchi. S.

FORMULARIO

Il consiglio che demmo nel N. 5 del *Bollettino* (1º Gennaio 1879) di adoperare cioè il solfato neutro di eserina mescolato alla vaselina, per metterlo in un eccipiente che non gli potesse prestare del proprio ossigeno e lo garantisse da quello atmosferico, è in accordo con quanto ha osservato anche il Galezowski il quale ne riferisce nel numero 3 del suo *Giornale di ottalmologia* (Marzo 1879). Soltanto il Galezowski consiglia proporzioni minori di principio attivo e cioè:

Pr. Solfato neutro Eserina 1 centigrammo
Vaselina 5 grammi.

Noi manteniamo la nostra proporzione vista l'utilità pratica che si trova nel mettere nella congiuntiva una piccolissima quantità di pomata.

ERRATA-CORRIGE.

Nel numero precedente riportammo la formula di un collirio disinfettante. Il lettore avrà compreso da sè che devesi leggere acido carbolico ove fu scritto carbonico. S.

NOTIZIE

NECROLOGIA.

È morto il distinto chirurgo **Mirault** (d'Angers), al quale la chirurgia oculare doveva non pochi progressi.

Egualmente si è perduto il Sig. **Stilling** (di Cassel) chirurgo ed anatomico celebre. La scienza ottalmologica lo aveva in grandissimo conto pei suoi lavori sulle malattie delle vie lacrimali, e sulle origini dei nervi craniensi.

VARIETÀ

Confronti ed analogie fra l'organo della visione e quello dell'udito. *Nota del* D.r V. Grazzi.

(Continuaz., e fine vedi num. precedente).

Nel glaucoma semplice l'evoluzione dei sintomi caratteristici avviene lentamente; la diminuzione del campo visuale localizzata alla parte interna può estendersi fino a condurre una completa cecità per il fatto stesso del progresso della malattia, o per la comparsa di fenomeni acuti.

Nei casi di pressione lenta del liquido labirintico i sintomi della malattia presentano caratteri meno improvvisi e di una gravezza relativamente minore. I rumori e la diminuzione della potenza uditiva seguono un cammino progressivo fino alla sordità completa, la quale può, è vero, essere anche determinata dalla comparsa di una emorragia. Questo aumento improvviso della tensione endolabirintica nel glaucoma auriculare semplice si osserva specialmente durante il corso di alcune otiti croniche quando una congestione passeggera della testa induce una flussione nei numerosi capillari della lamina membranosa del labirinto.

Finalmente se nel glaucoma esiste una localizzazione di sintomi alla parte interna dell'occhio, nel glaucoma auricolare si nota la perdita della percezione di certi gruppi di suoni musicali.

Nella tensione endo-oculare la sclerotica rappresenta lo stesso ufficio della membrana della finestra rotonda nella tensione intralabirintica. Questo fatto ci rende ragione della rarità del glaucoma nei bambini e nei giovani a causa della elasticità posseduta dalla membrana a quell'epoca della vita, e quando la malattia esiste, non si riscontra nè escavazione nè atrofia papillare. Dall'altra parte l'elasticità della membrana della finestra rotonda diminuisce la gravezza dei fenomeni vertiginosi e delle sensazioni subiettive dell'udito, le quali sono caratteristiche della malattia di Méniere nell'adulto.

La stessa analogia si ritrova nel trattamento curativo delle due affezioni. Se la causa dell'aumento della tensione è di natura inflammatoria, le sottrazioni sanguigne locali ed i revulsivi intesti-

nali sono utilmente consigliati nelle due malattie. Se essa è in rapporto con disturbi della circolazione di natura nervosa, i tonici vaso-motori, l'eserina, la chinina sono impiegati collo stesso successo. Nei due casi di glaucoma semplice la paracentesi del timpano o della cornea, il taglio dell'iride o del muscolo tensore timpanico sono le operazioni ordinariamente praticate per determinare una diminuzione della pressione dei liquidi dell'orecchio interno o dell'occhio.

Fra le molte osservazioni riferite nella monografia del dottor Morisset abbiamo scelta la storia di un caso assai interessante, nel quale esisteva contemporaneamente la malattia di Méniere ed una irido-coroidite acuta accompagnata da essudazioni albuminose nell'interno dell'occhio. Questa storia clinica appartiene a Knapp di New-York.

La signora S..... di 42 anni soffriva nel maggio 1870 di cefalea, nausee, vomiti e vertigini. Tutti gli oggetti esistenti all'intorno della medesima le sembravano vacillanti. Furono prescritte delle applicazioni fredde alla testa. Nel luglio ebbe una angina susseguita da una eruzione papulosa, che si sparse per tutto il corpo. Il 23 dicembre fu presa da violenta cefalea con vertigini, nausee e vomiti; provava pure intensi rumori agli orecchi seguiti da una rapida diminuzione dell'udito. Se la paziente era coricata di fianco le sembrava che il letto, la camera e tutti gli oggetti che in questa si trovavano si muovessero da una parte all'altra. Se poi era coricata sul dorso, le sembrava che la camera si muovesse dall'alto in basso. Per qualunque tentativo che la malata facesse per levarsi, era assalita da tali vertigini che l'obbligavano a ricadere sul proprio letto, qualche volta in avanti, altra volta in indietro, senza tendenza verso una determinata direzione. Il 12 gennaio 1871 ebbe un notevole aumento nelle vertigini e nella cefalea. Gli oggetti che erano nella stanza, dove la paziente riposava, le apparivano come sepolti dentro una densa nebbia: aveva altri disturbi nella visione, ed in questo stato fu ricevuta nell'ospedale oftalmico di New-York il 18 gennaio 1871.

L'esame oftalmoscopico messe in rilievo l'esistenza di una irido-coroidite con abbondante essudazione siero-albuminosa. Per analogia il Dott. Knapp si credè autorizzato a diagnosticare lesioni infiammatorie consimili nell'orecchio interno (iperemia ed idropisia).

Fu messo in uso un trattamento misto, e la malata uscì guarita dall'ospedale il 22 aprile 1871.

Termineremo questa nota ricordando col Dott. Morisset altre analogie esistenti fra l'occhio e l'orecchio.

Questi due importantissimi organi compariscono nell'embrione ambedue verso la terza settimana sotto la forma di vessicole, le quali costituiranno in seguito gli elementi della retina e le lamine laberintiche. Presto nuovi strati membraniformi circondano le parti essenziali di questi due apparecchi, allo scopo di favorirne o di attenuarne le impressioni.

Alla maniera stessa che le palpebre e l'iride difendono la retina da quei raggi luminosi che sarebbero per lei troppo vivi, il padiglione dell'orecchio e la membrana del timpano proteggono dai suoni troppo acuti le parti molli e delicate del labirinto.

Le stesse analogie si trovano nelle funzioni dei due organi: davanti alla retina ed al labirinto si riscontrano due apparecchi, l'uno dioptrico, che rifrange i raggi luminosi, affinchè la retina sia meglio impressionata, l'altro acustico, il quale raccoglie le onde sonore per mettere meglio in vibrazione i nervi uditori.

La patologia dei due apparecchi della visione e dell'udito ci permette pure di tracciare la somiglianza delle loro malattie. Basta ricordarsi dei vizi di conformazione, del coloboma, della trichiasis del padiglione e delle palpebre; la coesistenza delle manifestazioni diatesiche, quali le otiti e le congiuntiviti catarrali, scrofolose, erpetiche e sifilitiche; i polipi e le granulazioni del condotto uditivo esterno e della congiuntiva; le cheratiti e le miringiti terminanti colla perforazione, inspessimento o sinechie della cornea o del timpano. In fine la gravità di quelle otiti o congiuntiviti purulente della prima infanzia, le quali, se sono sconosciute o trascurate, conducono fatalmente alla sordità o cecità.

Londra, gennaio 1879.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1878 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno I. Firenze, 1° Maggio 1879. N. 9.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprètes que des oracles.
(Geraud Teulon, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.
Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. Simi, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

LAVORI ORIGINALI

LE LENTI NUMERATE PER DIOPTRIE METRICHE
COME SI USA OGGI

L' imbarazzo nel quale ci troviamo ogni giorno per l' uso della numerazione metrica delle lenti, ci fa credere che possa non essere affatto inutile richiamarvi l' attenzione dei nostri lettori, affinchè essi vogliano occuparsi di volgarizzarne l' accettazione.

Il procedere per riduzione dalle vecchie alle nuove misure, porterebbe seco quella confusione che tutti abbiamo sperimentata quando nell' adottare i pesi e le monete metriche usavamo referirle alle vecchie libbre ed alle vecchie lire: e per questo piglieremo l' opposta via.

I raggi luminosi che traversano un mezzo refrangente a faccie curve e convesse (lente) subiscono una deviazione angolare per la quale tendono ad avvicinarsi, ossia si fanno convergenti, onde si riuniscono in qualche punto al di là della lente stessa. — Tutti lo sanno.

Questo fatto che è vero e facilmente verificabile da chiunque esponga una lente ad un fascio di luce, corrisponde ad una modi-

ficazione di quelle ondulazioni dell' etere che costituiscono appunto la luce; è quindi una forza, la misura della quale deve cercarsi nell' effetto. Perchè la lente positivamente eseguisce un lavoro, e per noi si tratta di misurarlo. Ora, per avere questa misura, conviene scegliere una unità, come si sceglie una unità di lunghezza, di volume o di peso per paragonare le lunghezze, i volumi, i pesi.

I fisici si erano già trovati in faccia ad un simile quesito quando trattavasi di scegliere una misura pel calorico. Come fecero? Essi stabilirono che quel calorico necessario per far passare un chilogrammo d'acqua da 0° a 1° fosse questa unità e la dissero *caloria*. In dioptrica fissarono che questa unità sarebbe determinata da quel lavoro di una lente che avrebbe modificati i raggi paralleli in modo siffatto da farli convergere ad un metro di distanza.

Ora ciò essendo stabilito, ne segue necessariamente che tutte le lenti, le quali procurano questa riunione a distanze più brevi, funzionino con forza maggiore e quindi debbano essere significate con moltiplicazione della unità, e quelle che procurano riunioni a più lunga distanza debbano significarsi con divisione della unità, ossia con espressioni di frazione.

Un esempio ci permette di abbreviare il nostro discorso. Stabi lita la lente di 1 dioptria = 1 metro di distanza focale, avremo la lente di 2 dioptrie se la distanza focale sarà di 50 centimetri, 4 dioptrie se 25 centim. ecc. ecc., di 20 dioptrie se 5 centimetri. Ed inversamente di dioptrie 0,50 se il fuoco sarà a 2 metri, dioptrie 0,25 se a 4 metri ecc. ecc.

Ciò detto s'intende anche come tutta la distanza che corre fra una dioptria e l'altra possa essere facilmente espressa con frazioni centesimali. Infatti quella lente che rappresenta più che una dioptria e meno di due, sarà 1 e più i voluti centim. Per es.: Una lente riunisce i raggi paralleli a 75 centimetri di distanza? Questa lente esercita più che una dioptria, nel qual caso riunirebbe i raggi ad un metro; meno di due che allora li riunirebbe a 50 centimetri. Ma sarà nel mezzo fra l'una e l'altra, sarà cioè una dioptria e mezzo = D. 1, 50.

Per i bisogni della pratica non necessitano calcoli così minuti da doversi provvedere lenti che variino l'una dall'altra per centimetri. Noi possiamo avere una scala con distanze equidistanti, ma ab-

bastanza late. Il quadro che qui si riporta rappresenta la scala delle lenti quali sono nelle nostre collezioni vedi colonna (a) e (c).

DISTANZA FOCALE		DIOPTRIE	ANTICHI
IN METRI (a)	IN POLLICI (b)	METRICHE (c)	NUMERI per POLLICI (d)
4m	148	0,25	»
2	74	0,5	72
1 ,333	49	0,75	48
1	37	1	36
0 ,800	30	1,25	30
0 ,666	21 1/2	1,5	24
0 ,571	21	1,75	20
0 ,500	18 1/2	2	18
0 ,444	17	2,25	16
0 ,400	15	2,5	15
0 ,364	13 1/2	2,75	14
0 ,333	12 1/3	3	12
0 ,286	10 2/5	3,5	10
0 ,250	9 1/4	4	9
0 ,222	8 10/45	4,5	8
0 ,200	7 2/5	5	7
0 ,182	6 4/55	5,5	6 1/2
0 ,166	6 1/6	6	6
0 ,143	5 2/7	7	5
0 ,125	4 5/9	8	4 1/2
0 ,111	4 1/9	9	4
0 ,100	3 7/10	10	3 1/2
0 ,091	3 4/11	11	3 1/4
0 ,083	3 1/12	12	3
0 ,077	2 11/13	13	2 3/4
0 ,071	2 9/14	14	
0 ,067	2 7/15	15	2 1/2
0 ,062	2 5/16	16	2 1/4
0 ,055	2 1/18	18	2
0 ,050	1 17/20	20	

Non importa notarlo, per le lenti concave le dioptrie saranno negative.

Col vecchio sistema, ora che conosciamo il nuovo e può parlarsene, si procedevà assai diversamente. Non solo le misure erano in pollici, ma la lente veniva valutata secondo il suo raggio di curvatura, e serviva di unità di misura quella che veniva cur-

vata col raggio di un pollice. Ora perchè questa era la più forte così tutte le altre risultavano espresse da frazioni di questa unità, onde avevamo nelle nostre collezioni numeri quali nella colonna (d).

Non mi dilungo a dire come la scala formata in questo modo avesse dei numeri non equamente distanti fra loro, noto solo l'inconveniente di calcolare sempre con delle frazioni, e credo di dire abbastanza per impegnar ciascuno a farla dimenticare.

Coloro che volessero fare il raffronto e ridurre l'espressione di una lente misurata a pollici in una espressione metrica, potranno farlo facilmente calcolando che 37 pollici equivalgono ad un metro, e quindi la dioptria corrisponde ad una lente $^1/_{37}$, visto anche che la distanza focale è presso a poco eguale al raggio di curvatura.

Pertanto	$2\ D = {}^2/_{37} = {}^1/_{18,5}$	(N. 18,5 antico)
	$3\ D = {}^3/_{37} = {}^1/_{12}$	(N. 12)
	$4\ D = {}^4/_{37} = {}^1/_{9}$	(N. 9)
	$n\ D = {}^n/_{37}$	(N. $^{37}/_{n}$ antico).

Per passare da un numero antico alla dioptria si divide 37 pel numero della lente. Esempio: Quante dioptrie sono nel $^1/_{17}$?

$$^{37}/_{17} = 2,25\ D.$$

UNA OPERAZIONE

PER CORREGGERE UN ENTROPION COMPLETO

Essendomi incontrato in un caso di entropion nel quale parvemi che i modi ordinari di operazione potessero rimanere insufficienti, ne ideai uno con il quale raggiunsi il mio intento completamente. Di questo dirò ora due parole.

Il mio soggetto era nelle condizioni seguenti. La palpebra superiore da più anni entropica, si era a poco alla volta accartocciata tanto che l'orlo tarseo era completamente rivolto all' insù, e a mala pena ed incompletamente poteva raddrizzarsi colle dita. Aggiungo che da ciò era mantenuto uno stato d' irritazione del bulbo oculare, che reagiva simpaticamente sull'occhio affetto. Dunque era necessario ed urgente intervenire.

Le condizioni organiche della palpebra facevano vedere, anche ai meno abituati a questi studi, che nè lo scorciare la pelle, nè il

modificare l'azione muscolare poteva approdare a nulla. Bisognava agire sul tarso. Come? Le fenditure verticali (Crampton) non potevano valere a nulla, perchè non generavano una forza atta a cancellare l'incurvamento del tarso. Il levare una bietta orizzontale di tarso (Snellen) a base esterna, onde poi ravvicinando gli angoli di questo, il tarso dovesse dispiegarsi, non era sufficiente, poichè trattandosi di ottenere l'effetto mercè un movimento di rotazione del lembo inferiore, l'apertura dell'angolo al vertice della bietta doveva essere troppo grande onde si distruggeva troppa quantità di tarso. E con questo tessuto esportato così largamente s'infievoliva troppo lo scheletro delle palpebre, onde sotto l'azione delle esistenti cicatrici congiuntivali e delle contrazioni della febbre del muscolo ciliare, poteva forse accadere che l' entropion aumentasse.

Taccio che io poteva diminuire, e lo feci, la pressione fatta sulla base del tarso dal muscolo ciliare ipertrofico, escidendolo, perchè si capisce che anche questo aiuto rimaneva di poca efficacia: diminuiva la forza che spingeva la palpebra in dentro, ma non ne procurava una che la traesse in fuori.

Mi ricordai di una operazione del De-Graefe, e volli diminuire la larghezza del tarso al suo apice. Allora l'escisione orizzontale della bietta e del tarso e la sutura degli angoli della base mi procuravano non poca parte del suo raddrizzamento. L'impiccolimento della linea dell'apice del tarso faceva largheggiare l'orlo ciliare, e lo traeva in avanti con un movimento di altalena, e l'escisione del muscolo ciliare impediva che la contrazione di questo minorasse detto movimento di rotazione all' infuori. Così fissai, e nel seguente modo eseguii l'operazione.

Impiegai le pinzette emostatiche di Snellen. Incisi la pelle della palpebra con un taglio orizzontale che la interessava da un angolo all' altro un millimetro e mezzo sopra l' orlo ciliare. Escisi le fibre muscolari più prossime all'orlo suddetto; e quelle più in alto ed appartenenti all'orbicolare, furono distaccate e rialzate quanto fu possibile. Così venuto scoperto il tarso, ne escisi la bietta orizzontale per mezzo di due tagli lunghi quanto il tarso è largo, distanti fra loro circa 5 millimetri ed obliqui nella densità del tessuto per modo da incontrarsi presso la congiuntiva. Poscia escisi tre piccoli triangoli a base in alto, nel lembo superiore del tarso;

e questi lembi con l'apice erano vicini al taglio orizzontale, ed avevano i lati prolungati per quanto tarso eravi in alto.

Poscia passai alla riunione dei miei tagli, e feci nel modo seguente. Primieramente con tre suture riunii il taglio orizzontale del tarso e nelle anse vi compresi anche la pelle che corrispondeva al lembo inferiore. In secondo luogo alla sutura dei tagli verticali e per questo misi un filo di catgut nel connettivo sopratarsico e poi annodai l'ansa e la strinsi come si fa dei cordoni di una borsa: ne tagliai l'estremità e l'abbandonai in fondo alla ferita a modo di sutura perduta. Fu riabbassato il muscolo orbicolare e la corrispondente porzione di pelle palpebrale, e l'operazione fu finita.

Il raddrizzamento della palpebra, come dissi sopra, fu completo e il resultato si mantiene buonissimo anche oggi, circa tre mesi dall'esecuzione della operazione.

Simi.

DI UN COLTELLETTO

CHE RENDE PIÙ FACILE L'OPERAZIONE DELLA CANTOPLASTICA

Nella operazione della cantoplastica, per eseguirne il primo tempo, ossia la sezione della commisura palpebrale esterna, i chirurghi adoperano le forbici ovvero un piccolo coltello. Per altro adoperando le forbici oltre l'inconveniente comune che reca sempre l'uso di questo strumento, la contusione cioè dei labbri della ferita, si ha quello maggiore di essere costretti a tagliare la commisura palpebrale a tutta sostanza e ledere per conseguenza troppo la congiuntiva, della quale bisogna fare la massima economia, volendo che l'operazione raggiunga l'esito desiderato. Adoperando invece il coltello si trovano dei vantaggi, purchè non sia retto ed abbia una curva speciale. Siccome il chirurgo deve operare dall'interno all'esterno, si trova limitato non poco nei movimenti che deve eseguire grazie alla prominenza nasale, alla sfericità dell' occhio, e per causa della forma rettilinea dello strumento non viene a dare ai labbri della ferita un' altezza dappertutto eguale. Per ovviare appunto agli inconvenienti che derivano dall'uso sia delle forbici, sia del coltello retto, abbiamo veduto

dal Dott. Simi adoperato un coltelletto particolare avente una forma falciata, un apice molto acuminato e una curva misurata sull'orlo di una moneta da 10 centesimi (1).

Col suo coltelletto falciforme il prefato chirurgo esegue in tal modo il primo tempo della cantoplastica. Infigge il coltello nella muccosa a 2-3 millimetri dal bordo palpebrale, lo fa scivolare fra la congiuntiva e i soprastanti tessuti e ne riesce al punto voluto con la maggiore facilità. Termina poi l' operazione nei modi ordinari. Dott. BORDONI.

RIVISTE

1. **Osservazioni cliniche** del signor CUIGNET, (*Recueil d'ophthalmologie*, Aprile 1879).

a) *Iritide pupillare.* — L' A. racconta di avere veduti due infermi nei quali trovò un processo d' iritide limitato alla metà centrale del lembo irideo, cioè, all' anello peripupillare ; e pone queste osservazioni in rapporto con altre nelle quali vide la flogosi limitata alla metà periferica dell' iride.

Gl' infermi del Sig. Cuignet avevano i due occhi alterati in grado diverso, e ciò rese facile distinguere i caratteri particolari dell'affezione.

Il 1° infermo aveva 19 anni e da molto soffriva per iritide strumosa. Nell'occhio sinistro ove era avvenuta diffusione di malattia alla coroide, vedevasi l' iride scolorata, sporgente in avanti, con le fibre quasi invisibili, pupilla strettissima e chiusa da un essudato. Nell'occhio destro, che godeva sempre di una certa visione, l'iride era divisa in due fascie di egual dimensione: una periferica, di color marrone normale, lucente, con fibre visibilissime e senza alcuna proiezione in avanti: una centrale, di colorito rosso-giallastro-sporco, tomentoso senza apparenza di fibre. Questa fascia centrale era portata sopra un piano più anteriore di quella periferica, onde, ove si corrispondevano, vedevasi una linea rettissima. La

(1) Questo coltelletto si vende in Firenze dal fabbricante Bonifazio Bussadori, via S. Egidio. R.

pupilla era immobile alla luce, nè risentiva l'azione dei midriaci. Non si vedeva alcuna iniezione pericheratica, mentre questa vedevasi all'occhio sinistro, nel quale l'affezione cominciata egualmente dall'anello peripupillare, si era poi diffusa, come dicemmo sopra, alla periferia dell' iride ed oltre.

La 2ª osservazione riguarda un bambino di 13 mesi. Anche in questo infermo l'affezione è più estesa in un occhio che nell'altro, ed ha, su per giù, le apparenze quali nella 1ª osservazione.

Il Sig. Cuingnet trae dalle sue osservazioni qualche conclusione, che lo stato attuale della scienza non gli permette di formulare sotto altra forma, oltre quella della supposizione. Per ora crediamo sia meglio limitarci a raccogliere e studiare qualche nuovo caso di questa così detta iritide pupillare.

b) *Ambliopie isteriche modificate con lenti e con vetri semplici colorati.* — Una fanciulla isterica, dell' età di 19 anni, era affetta da emianestesia del lato destro, cofosi, assenza del gusto, ambliopia dal medesimo lato. Essa non conta le dita a distanza maggiore di 18 a 20 centimetri. La visione a questa distanza non si esercita che sopra un punto centrale di 5 centimetri di diametro. Si nota molta fotofobia. Il senso dei colori può dirsi alterato, per quanto l'esame sia stato fatto difficilmente, perchè l'inferma non conosceva assai bene la lingua francese.

Ma escludendo l'occhio sinistro, l'inferma, non vede più tanto da dirigersi, nè le giova in modo alcuno il cambiamento nella illuminazione della stanza. La refrazione di quest' occhio, la trasparenza dei suoi mezzi e lo stato delle sue membrane profonde sono dimostrate, dalla osservazione ottalmoscopica assolutamente normale.

Con un vetro neutro affumicato, l' inferma poteva con quest'occhio destro contare le dita alla distanza di $1^m,50$. Con un occhiale a lente più oscura vedeva meno. Con un vetro rosso vedeva come con l'occhio solo. Con un vetro bleu scuro contava le dita a 5 metri, e con un vetro più leggiero le contava benissimo a 7 metri, ultimo limite permesso dalla grandezza della stanza ove si faceva l'osservazione. Il campo visivo era aumentato, e i colori eran veduti più facilmente.

Provando delle lente si trovò che la serie delle concave dà — 12 e — 36 dava presso a poco l' istesso effetto del vetro bleu.

E la serie delle convesse dal + 48 al + 12 dava una diplopia nettissima, ma intanto una visione migliore che col bleu scuro.

L' A. non si sorprese del resultato apparentemente contraddittorio delle sue osservazioni (effetti simili per vetri di colori e di qualità dioptriche differenti) perchè ne aveva già veduto un altro caso. Trattavasi egualmente di una isterica presa da nevralgia ciliare fortissima e da ambliopia a destra alternante con un amaurosi. I suoi attacchi di ambliopia e d' amaurosi furono neutralizzati completamente, ma temporariamente con vetri color fumo, con una lente convessa 42, poi 20, poi 10 ed infine 2 1|2, colla quale, cosa che l'A. stesso dice singolare, distingueva oggetti a 200 metri di distanza. E dopo poco tempo dovette prendere i vetri concavi il — 36 — 15 — 6 — 3 — 2 1|2, col quale vedeva come faceva prima col convesso di egual numero.

c) *Ectropion inflammatorio delle palpebre superiori.* — L' A. provò inutilmente la riduzione e la fasciatura; anzi questa fu nociva. Inutilmente combinò l' escisione della muccosa con la compressione. Dunque, egli dice, se avessi un altro caso di questo ectropion metterei volentieri tre punti di sutura, sia attraverso la palpebra superiore ed inferiore, dall'una all'altra, dalla faccia muccosa alla cutanea per annodarvi i fili su un pezzo di spugna situata trasversalmente lungo gli orli liberi; ovvero, passerei i fili dalla pelle di una palpebra a quella dell'altra, in maniera da metterle in contatto, momentaneamente, per la faccia cutanea.

Queste due maniere di sutura (specie d'affibbiatura) potrebbero essere fatte in modo da essere sciolte a piacere, e quindi permettere al medico di assicurarsi dello stato della cornea.

2. **Della duboisina,** per Fauqué (*Gaz. des d'hopit.* Aprile (Botanica e chimica). — *Botanica.* La *Duboisia myoporoidés*, è un arbusto di 4 a 5 metri d'altezza che cresce in Australia, alla Nuova Caledonia e nella Nuova Guinea. Il tronco ed i grossi rami hanno una scorza tuberosa e screpolata. I rami sono diritti e terminano con fiori bianchi o lilla, piccoli e persistenti. Le foglie sono alterne, semplici, lisce e ellittiche, lanceolate senza stipuli. I fiori sono ermafroditi a ricettacolo convesso.

Il calice è gamosepalo, regolare, diviso in cinque denti triangolari eguali. La corolla è gamopetala tubulosa leggiermente bila-

biata. L'androceo si compone di quattro stami. Il gineceo si compone di un ovario supra, biloculare, a stelo cilindrico terminato per un stigmate quasi intero. Ciascuna loggia contiene circa 12 ovuli. Il frutto è un chicco biloculare nero, rotondo e grosso come un pisello. Sotto il tegumento duro, contiene un albume abbondante che circonda un embrione assile.

Per questi caratteri la Duboisia fu messa ora fra le scrofulariacee, ed ora fra le solanacee. Sembra che stia fra l'una famiglia e l'altra.

Chimica. L'alcaloide ritirato dallo estratto delle foglie di Duboisia, è stato preparato nel medesimo tempo a Parigi da M. A. Petit, ed a Londra da M. Gerrard. Petit scioglie l'estratto in poca acqua, aggiunge poco bicarbonato di potassa e poi agita il miscuglio con l'etere. Agitando l'etere con dell'acqua alla quale si aggiunge goccia a goccia dell'acido solforico, si forma il solfato neutro di duboisina. Per avere un prodotto più puro si tratta il solfato con etere e bicarbonato di potassa. L'etere distillato dà la duboisina sotto forma di una massa sciropposa, facilmente colorata in giallo, a reazione alcalina forte. Gerrard discioglie 65 gram. di estratto in 65 centim. cubici d'acqua stillata, ed aggiunge alcool finchè non si produce un precipitato. Lava il precipitato con alcool, distilla la soluzione alcoolica per ottenere un nuovo estratto che scioglie nell'acqua, aggiungendo ammoniaca ed agitando col cloroformio. Evaporando si ottiene un residuo che ha l'aspetto di una vernice, fortemente alcalino, solubile nell'alcool, cloroformio, etere, benzolo, solfuro di carbonio, acqua.

La duboisina presenta con l'atropina qualche reazione analoga, ma ne differisce pei caratteri seguenti:

1° La sua solubilità nell'acqua è due volte più grande.

2° Non si ottiene cristallizzata.

3° Devia a sinistra il piano di polarizzazione.

4° Neutralizza gli acidi meglio dell'atropina.

5° Con l'acido azotico imbrunisce.

6° L'acido solforico non diluto non altera il calore dell'atropina; ed a caldo sviluppa un odore piacevole, agendo a freddo sulla duboisina la colora in rosso bruno ed a caldo sviluppa odore di acido butirrico. Aggiungendo bicromato di potassa non si deposita l'ossido verde di rame come con l'atropina.

7° Bollendo con la barite dà un cattivo odore, mentre l'atropina sviluppa odore di Gaultheria.

I sali di duboisina sono solubilissimi nell'etere. Gerrard ha preparato piccole quantità di solfato, cloroidrato, nitrato, fosfato, acetato, bromoidrato, tartrato. Il solfato ed il bromoidrato sono sembrati cristallizzabili.

Al contrario, Petit ha ottenuto dei bellissimi cristalli di cloruro d'oro e d'alcaloide; preparandò grandi quantità di solfato ottiene facilmente il sale in masse cristalline di aghi sottili.

3. **Azione midriatica della duboisina paragonata a quella dell'atropina; accidenti inerenti all'impiego di ciascuna.** — Galezowski (Idem.).

1° La duboisina è un potente midriatico capace di sostituire l'atropina quando questa non venga tollerata.

2° La duboisina instillata nell'occhio può produrre accidenti generali, come tremolio, inappetenza, sonnolenza.

3° Il collirio d'atropina che s'assorbe prontamente nell'occhio che ha subìto una qualche operazione, può pure dar luogo a gravi fenomeni di avvelenamento generale, come deliqui, deliri, vomiti, convulsioni.

4° Il collirio d'atropina può destare un accesso glaucomatoso.

4. **Malattie dell'organo visivo nel tifo,** pel dottor Larianow (*Rivista degli Annali d'oculistica* del Quaglino). — In una epidemia di tifo a Tiflis ed Alessandropoli, egli fece le sue ricerche su 764 individui, dei quali il maggior numero convalescenti: questi quasi tutti soffrivano di ambliopia per ischemia retinica che presto scompariva quando con la dieta corroborante tornavano le forze. Si ebbero molte opacità del vitreo, di solito bilaterali, o totali o diffuse e a fiocchi natanti; non bene accennati in quelli che erano in piena malattia, piccole e nette nei convalescenti.

In ordine di numero seguono le malattie della retina e del nervo ottico; la retinite sierosa, la iperemia della retina e della pupilla. L'A osservò soltanto due emeralopie, sei iritidi, una irido-coroiditide, sei casi di affezioni corneali, tre midriasi.

5. **Alterazioni della vista dopo le emorragie,** del dottore Horthmann, (idem). — Dietro gravi emorragie specialmente

ematemesi e metrorragia, vennero talora osservate delle alterazioni della vista istantanee, per lo più bilaterali. Di solito avvengono fra il 3° o 5° giorno, e raramente subito dopo la emorragia. Nella maggioranza dei casi la conseguenza fa una amaurosi permanente.

L'oftalmoscopia nelle prime osservazioni, o non rivelò nulla o constatò l'atrofia del nervo ottico. Osservazioni di casi recenti fatte subito dopo l'emorragia mostrarono una neurite.

Il disturbo non è attribuibile a grave anemia di nervi ottici, perchè in tal caso dovrebbe comparire immediatamente, e non dopo un numero di giorni, quale sembra atto allo sviluppo di un processo tardivo. Di più, qualche volta fu osservato che ricomparvero le emorragie quando la vista migliorava, senza che questa nuovamente peggiorasse.

Dunque? Si sono fatte delle ipotesi, ma una spiegazione attendibile non si è anche potuta dare.

6. **Delle alterazioni che provoca l'aria nella camera anteriore,** di Collica-Accordino (*Movimento Medico-chirurgico,* fasc. 6, 7). — L'A. ha fatte delle esperienze su dei conigli iniettando dell'aria nella camera anteriore mercè una siringa di Pravaz. Vuotato l'acqueo spingeva l'aria in tanta quantità da riempirla quasi totalmente.

Il giorno dopo l'operazione trovava una discreta bolla d'aria, la quale era separata dell'umor acqueo per una striscia bianca di essudato fibrinoso. La cornea e la Descemeti non reagiscono affatto. L'essudato aveva origine dalla superficie anteriore dell'iride. L'aria veniva riassorbita nel corso di due o tre giorni, ed in un caso in 24 ore. Nell'occhio di un coniglio al quale era stata praticata una iridectomia, la presenza dell'aria nella camera anteriore si protrasse per 4 giorni.

7. **Fibro sarcoma telengettasico della caruncola lacrimale.** — Tumore della grandezza di una noce che si estende dall'angolo palpebrale interno fin presso quello esterno. La sua superficie non è levigata, ed ha delle crosticine formate di mucco diseccato. La congiuntiva non fu tratta a prender parte al neoplasma.

Lo sviluppo del tumore si è fatto in tre o quattro mesi, ec. ec. La diagnosi fu *encantis sarcomatosa.*

L' estirpazione fu difficile perchè la neoplasia si estendeva profondamente nel tessuto orbitario.

L' analisi microscopica del tumore lo fece qualificare per fibrosarcoma telengettasico. S.

8. **Contribuzione alla storia del drenaggio oculare.** — Storia del Dott. A. SIMI. (*Lo Speriment.* N. 4°, Aprile 1879).

L'A. racconta che in un malato di cheratoglobo, nel quale conveniva intervenire sollecitamente per la particolarità del caso, ebbe l' idea di procurare lo stillicidio graduato e proporzionato dell'acqueo, per mezzo di una piccola doccia di platino che traversasse la camera anteriore da parte a parte. L'A. dice che il resultato della sua cura fu buono, perchè l'infermo di quasi cieco che era prima dell'operazione, quando fu licenziato contava le dita a 2 metri e 50. Peraltro, siccome l'operazione fu fatta soltanto pochi mesi fa, così l' A. parlerà senza dubbio di resultato immediato, perchè per un resultato definitivo le conclusioni sembrerebbero un po' ardite e precipitate.

Ma comunque sia, dalla storia si rileva che per mezzo di queste doccie l'A. evitò un getto continuo che avrebbe asciugata la cornea anteriore, ed ebbe lo sgorgo intermittente di quelle poche goccie di liquido che servivan a dare i fenomeni glaucomatosi. E per questo egli con una espressione abbastanza felice, disse di avere applicato all'occhio una valvola di sicurezza.

9. **Estrazione della glandula lacrimale.** — Per A. SIMI. (*L'Imparziale* N. 8).

Il Dott. Simi dice di essersi accorto come certe affezioni flogistiche della congiuntiva si consociano a ritenzione delle lacrime. E spiega il fatto supponendo che le lesioni anatomiche indotte nella congiuntiva dal processo flogistico e forse anche da certe medicature, portano l'obliterazione dell'orificio dei dutti escretori della glandula lacrimale.

Di qui è partito per spingersi a praticare la estrazione della glandula in un suo infermo, al quale inutilmente aveva prodigati altri modi di cura. Il resultato fu completo. P.

10. **Cura del simblefaro con un'autoplastica congiuntivale.** — Prof. Fano (*Annali di Ottalm.* an. 8°, fas. 1°).

Un fabbro-ferraio dell'età di 45 anni, in seguito ad ustione della congiuntiva sclerale all'angolo interno dell'occhio sinistro, presenta due briglie cicatriziali a forma triangolare, che danno luogo al simblefaro parziale interno delle due palpebre.

La briglia inferiore a ventaglio occupa colla sua parte più larga il terzo interno della palpebra inferiore, impiantandosi sulla porzione inferiore interna della cornea; la superiore pure a ventaglio occupa colla sua parte più larga il quarto interno della palpebra superiore impiantandosi nella cornea un poco più all'interno della prima. Uno stiletto di Anel fatto scorrere sotto le briglie incontra un cul di sacco all'angolo interno dell'occhio.

Sono limitati i movimenti del bulbo, e diminuita la visione perchè le briglie colle loro aderenze alla cornea hanno ridotto l'iride ad un piccolo segmento a convessità superiore.

Ecco ora l'operazione che pensò fare l'autore: — Incise prima le due briglie fino al cul di sacco; poscia a spese della porzione di congiuntiva sclerale vicina, all'infuori della superficie resa cruenta dalla sezione delle briglie, praticò due lembi di forma triangolare colla base all'interno e l'apice verso la cornea. L'apice di ciascun lembo, cui aderiva il tessuto cellulare sottostante, fu stirato e fissato con un punto di sutura nodosa verso l'angolo interno dell'occhio. Sette giorni dopo avendo fatto solo applicazioni di compresse imbevute d'acqua fredda, sono caduti i due punti di sutura. Quindici giorni dopo l'operazione si hanno liberi i movimenti dell'occhio, e non si osserva che una leggiera aderenza della palpebra inferiore colla congiuntiva sclerale nella sua parte più interna della cornea.

11. **Fibroma della sclerotica.** — Del Dott. Mauchè di Malta (*Annali Ottalm.* an. 8°, fas. 1°).

L'A. ci fa la storia di un caso di fibroma peduncolato che trovavasi tra la cornea e la commessura palpebrale esterna dell'occhio destro in una ragazza vegeta e robusta. Questo tumore grosso un terzo più di una nocciuola al momento in cui fu praticata la operazione, e che durava da circa cinque mesi spingendo l'occhio all'interno, presentavasi di colore rossastro, bernoccoluto, duro,

intimamente aderente al bulbo e coperto dalla congiuntiva che vi scorreva sopra; al suo apice notavasi un punto giallastro fluttuante. Nessun dolore, la funzione dell'occhio normale e solo limitata la visione dalle palpebre semichiuse e dai movimenti inceppati.

Previa cloroformizzazione allargò la commessura palpebrale con una incisione all'angolo esterno, e fissò il bulbo con un filo passante nella congiuntiva tra la cornea e la faccia interna del tumore. Incisa la congiuntiva al disopra del tumore, e dissecatala, distaccò gradatamente il tumore stesso dalla sclerotica cui aderiva intimamente staccandosene poi d' un tratto per scorrere con un grosso peduncolo in stretta connessione col muscolo retto esterno, fino a fissarsi alla parete esterna dell'orbita da cui fu staccato con forbici smusse. Dati poscia due punti di sutura alla incisione palpebrale e altri due alla congiuntiva, si limitò la cura a delle posche fredde.

In breve tempo l'occhio fu guarito riprendendo la sua posizione normale e i movimenti sinergici col sinistro. In seguito alla storia l'accurato esame microscopico del tumore e relativa tavola, dimostranti come altro non fosse che un vero *fibroma muccoso.*

Livorno, aprile 1879.

A. Levi.

FORMULARIO

Soluzione di stricnina per uso ipodermico, contro le amaurosi:

Pr. Nitrato di stricnina	gr.	0,01
Acqua stillata	»	5,00

f. soluz. da iniettarsene da mezza siringa di Pravaz fino a due siringhe al giorno e più.

NOTIZIE

AVVISO. — *Società Medico-Fsica Fiorentina.* — È aperto il Concorso al premio triennale di L. 500 istituito dal fu Cav. Dott. Isacco Galligo. Il termine utile per la presentazione dei lavori scade col 31 Maggio del prossimo anno 1880.

ANNUNZI BIBLIOGRAFICI

Tesi pubblicate alla Facoltà di Parigi dal 6 Gennaio al 22 Febbraio 1879. (Recueil d'ophtalm.).

COURIS. — *Étude sur le décollement de la rétine et son traitement par l' iridectomie.*

LACOMTE. — *De la kératite interstitielle dans la syphilis acquise.*

THAON. *Affections oculaires liées à la menstruation.*

GUÉRINEAU. — *Étude de diverses formes d'injection de la conjonctive dans la conjonctivite, la kératite et l'irite.*

Atlas des maladies protendes de l'œil, par MAURICE PERRIN, *avec l'anatomie pathologique,* par F. POMET. Paris, 1879.

Chirurgie oculaire, par L. DE WECKER. *Paris.*

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1878 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno I. **Firenze, 1° Giugno 1879.** **N. 10.**

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprètes que des oracles.
(GERAUD-TEULON, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.

Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. SIMI, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

Avviso

Ogni giorno ci giungono nuove dimande di abbuonamento al nostro periodico con ricerca de' numeri arretrati, ma stante l'esaurimento dell'edizione non possiamo accogliere tali dimande. Lo annunziamo per evitare perdite di tempo, ed inutili corrispondenze.

LAVORI ORIGINALI

UN CASO DI ENUCLEAZIONE DEL BULBO OCULARE
PER OTTALMIA SIMPATICA

La seguente istoria inviataci dal dott. Alberto Levi viene inserita nel *Bollettino,* come quella che nota una volta di più come nella pratica si trovino delle difficoltà non lievi a fare accettare quello che è l'unico cempenso nella ottalmia simpatica. Nel caso del Levi la diagnosi non ammetteva dubbio e ciò non ostante fu necessario un mese di tempo e l'esperimento pericolosissimo dello aggravarsi del male, prima che l'infermo accettasse l'operazione. Sarebbe avvenuto altrettanto se l'infermo avesse avuto

una di quelle infermità nelle quali i medici sono concordi nel dichiarare che una cura medica è inutile e l'aspettazione pericolosa?

Leggasi a pag. 7 del *Bollettino*, e vedasi l' *Imparziale*. 1878, a pag. 449. S.

Il giorno 2 ottobre del decorso anno presentavasi al mio Dispensario certo B.... I.... di anni 35, uomo di sana e robusta costituzione, già fornaio, ma che per cause domestiche dovette due anni or sono portarsi a Tunisi dove occupavasi in lavori campestri. — Egli narra che mai ebbe a soffrire incomodo alcuno agli occhi se ne togli una congiuntivite avuta vari anni addietro e che superò di leggeri; solo otto mesi avanti la prima mia visita, cioè nel febbraio del 78, trovandosi come al solito occupato in dissodare del terreno, fu d'un tratto senza causa alcuna definita, assalito da forte infiammazione all'occhio sinistro (congiuntivite purulenta?) che in poche ore determinò il rammollimento della cornea e la conseguente rottura dando per residuo la perdita assoluta della visione al lato affetto, e l'atrofia del bulbo.

Da principio egli non avvertì che la mancanza della visione binoculare senza però lagnarsi di noia alcuna, sia dal lato dell'occhio perduto che dall'altro; a poco per volta però dei dolori sordi dapprima, lancinanti poi, lo avvisarono come all'occhio sinistro si rinnovasse un processo morboso. A poco a poco i dolori che si erano limitati al bulbo sinistro si estesero alla regione frontale, disturbando di tratto in tratto anche l'occhio destro in cui s'andò gradatamente affievolendo la facoltà visiva. Dopo avere tentati a Tunisi vari mezzi di cura senza risultato alcuno, si decise per consiglio medico, di tornare a Livorno persuaso potesse in lui l'aria nativa a preferenza dei soccorsi terapeutici.

Ed ora ecco le condizioni in cui lo trovai: L' occhio sinistro ridotto di circa un terzo del suo volume presenta la cornea di un colore bianco-cinereo con una cicatrice raggiata al suo centro; dei vasellini turgidi sottocongiuntivali si distaccano dal contorno della cornea, perdendosi nel segmento posteriore della sclerotica. I movimenti del bulbo si eseguivano in qualunque direzione, svegliando però qualche volta dei dolori lancinanti. Ad onta dello stato atrofico, la tensione del bulbo era superiore al normale ed

esercitando una compressione, si destavano dolori irradiantisi non solo al capo, ma ben anco all'altro occhio.

L'occhio destro, sede di dolori ricorrenti, è pure più teso del normale; la sclerotica è solcata da vasi turgidi. Quantunque l'esame ottalmoscopico non dia che un risultato nagativo, pure la visione, che, secondo quanto ne riferisce l'ammalato, era prima acutissima, è ora ridotta a tale da leggere a fatica i caratteri comuni, resistendo alla lettura pochi minuti.

In presenza di questi fatti mi sono chiesto quale poteva essere la causa dei dolori così a destra che a sinistra, nonchè della rapida diminuzione visiva a destra. Prendendo ad esame la malattia da cui era stato otto mesi addietro colpito l'infermo, supposi che nel rapido vuotamento avvenuto di una parte dei liquidi endoculari, il cristallino non fosse stato espulso ed avesse subita poscia una metamorfosi calcare, sicchè agendo quale corpo straniero fosse stato causa di una lenta coroideite che manteneva i dolori e dava luogo ai fenomeni di ottalmia simpatica a destra. Unico mezzo curativo mi sembrò l'intervento chirurgico: dubbio sulla esistenza o no del cristallino, e calcolando d'altra parte come anche levato questo, poteva la coroide aver già subite tali alterazioni da non essere l'atto operativo sufficente a raggiungere lo scopo, proposi la enucleazione del bulbo come il mezzo migliore per far cessare i progressi della ottalmia simpatica.

Ripugnando l'infermo alla proposta, mi chiese tempo a decidersi; nè più lo vidi fino ai primi del successivo novembre: tornò raccontando d'aver tanto sofferto che era ormai disposto a tentare qualunque mezzo; la visione a destra era così diminuita che mi assicurò, a luce artificiale moderata, non riescire a distinguere la fisonomia di una persona. Essendomi stato gentilmente concesso dai due Medici Direttori dell'Ospedale Israelitico, di eseguire l'operazione nel Pio Istituto, fu quivi ricoverato l'infermo. Il giorno 6 novembre, intelligentemente aiutato dai due medici suddetti, previa cloroformizzazione, eseguii l'operazione incidendo prima la congiuntiva al contorno corneale, e tagliando poscia le inserzioni scleroticali dei muscoli retti ed obliqui, non che il nervo ottico, secondo le regole prestabilite dall'arte. Applicai poscia la fasciatura monoculare, nè ebbi a lagnare inconveniente alcuno. Solo i dolori al capo e al contorno dell'orbita persistettero alcuni

giorni abbastanza intensi, ma limitati al lato operato; gradatamente si calmarono colla semplice applicazione di posche ghiacciate, e il giorno 4 dicembre potè partirsi dall'Ospedale essendo da vari giorni assai migliorata la visione a destra, e presentando a sinistra un moncone sufficentemente adatto alla protesi oculare.

Ritornato due mesi dopo alla sua professione di fornaio disgraziatamente cadde dall'alto di una madia conficcandosi non so che nel cuscinetto adiposo del lato operato, dando luogo a non lieve infiammazione della congiuntiva che, cicatrizzandosi, rese d'assai più stretto lo spazio destinato al pezzo artificiale. Ad onta di questo potei adattargli un occhio di vetro fatto appositamente per lui di forma pressochè piatta, e sebbene quasi privo di movimento, discretamente riuscito alla cosmetica della faccia.

Riveduto il mio operato pochi giorni or sono seppi non avere egli mai più sofferto disturbo alcuno, ed esperimentata la facoltà visiva dell'unico occhio rimasto, trovai che legge correntemente quei caratteri che prima distingueva appena.

Esame anatomico. — Sarebbe stato mio desiderio far qui seguire l'esame microscopico del pezzo esportato quale utile corollario all'atto operativo, ma essendomene disgraziatamente mancati i mezzi (1), mi accontenterò di accennare il poco che anatomicamente potei rilevare. — Dopo aver lasciato il bulbo enucleato nel liquido del Müller per oltre 20 giorni, lo divisi in due emisferi, secondo il suo maggiore asse antero-posteriore: trovai la mancanza assoluta del cristallino, e l'iride strettamente adesa alla faccia posteriore della cornea. Il vitreo in discreta quantità, di consistenza normale, pareva in certi punti incollato alla retina, di cui strappò alcuni brandelli nel levarlo. Probabilmente lo stiramento dell'iride nella cicatrice corneale, e la compressione che quel tessuto cicatriziale esercitava sui processi cigliari, furono le cause efficenti della coroideite lenta da cui i fenomeni simpatici.

Livorno, maggio 1879.

LEVI *Dott.* ALBERTO.

---

(1) Per un'altra volta, offriamo al Sig. Levi tutti i mezzi che può desiderare. S.

LA PENNA ELETTRICA DI EDISON
PER IL « TATTUAGGIO » DELLA CORNEA.

Il Dott. Samuele De Castro, come rilevasi da una lettera che mi scrive d'Alessandria d'Egitto, si è servito con ottimo successo della detta penna elettrica per il tattuaggio delle macchie della cornea. La penna di Edison, secondo De Castro, è preferibile allo strumento ordinario ad aghi, perchè produce un tattuaggio più uniforme, più rapido, e perchè ci dà delle punture la profondità delle quali si può regolare con precisione matematica.

Per parte mia aggiungo che l'uso di uno strumento con un ago solo, quando produce l'effetto con sufficiente prontezza, è preferibile a tutti quelli che hanno più aghi, perchè quando si porta contro la cornea il mazzetto degli aghi s'incontra per farli entrare nel tessuto cheratico una difficoltà direttamente proporzionale al numero degli aghi.

Ognuno sa che la penna elettrica, della quale pochi giorni or sono tutti ne vedemmo qui in Firenze un modello, consiste in una cannula metallica dentro la quale, per effetto della corrente elettrica, si muove rapidamente un sottile ago. Scrivendo con questa penna sopra un foglio di carta, le lettere tracciate resultano costituite da una serie di fori quasi impercettibili. Facendo scorrere poi, su questo foglio applicato successivamente sopra altri, un cilindro bagnato d'inchiostro, si ottiene un numero considerevole di copie. Dunque anche le lettere riprodotte nel foglio sottostante, risultano da una serie di punti d'inchiostro, ma è tale la loro vicinanza che ad occhio nudo pajono una linea continua.

Si comprende così perchè il tattuaggio praticato con la detta penna riesca perfettissimo.

L'uscita della punta dell'ago può essere regolata mediante un passo di vite, quindi può determinarsi con precisione matematica la profondità delle punture. L'operazione del resto non differisce per nulla dal metodo ordinario.

Il De Castro teme che il costo dell'apparecchio sarà un ostacolo alla sua diffusione, ma è sicuro che tutti gli specialisti lo adotteranno a causa della superiorità dei resultati che si ottengono con questo in paragone dell'ordinario apparecchio ad aghi. S.

RIVISTE

1. **Di una speciale alterazione della vista ne' paralitici.** (*Fürstener Archiv. fur Psychiatric und Nerveukrack.* VIII. Bol. 1. Ht. 1877). — Nella paralisi progressiva notasi una diminuzione e talora l'estinzione completa della facoltà visiva di un occhio che più frequentemente è quello destro. Tali guasti della vista sogliono verificarsi senza lesione del fondo oculare, ed offrono delle remissioni durante le quali si può avere il completo ritorno alla visione; ed in ciò sta la differenza di queste ambliopie od amaurosi, da quelle ordinarie. Le autopsie hanno dimostrato lesioni dei lobi occipitali; stato normale dei nervi ottici.

2. **Un caso di coloboma palpebrale e labbro leporino.** (*Lo Sperimentale,* Aprile 1879). — Fu osservato nella Clinica chirurgica fiorentina dal Prof. G. Corradi in un fanciullo di 8 anni. Era affetta la palpebra superiore destra ed il labbro superiore egualmente a destra.

L'occhio era perduto per le lesioni avvenute in causa della mancanza di protezione palpebrale. La larghezza del coloboma era misurata da 7 mm.; il lembo esterno 13 mm.; il lembo interno 5 mm. Il coloboma aveva forma arcuata, era senza peli; in basso ricoperto da muccosa, ed in alto dalla pelle che infossavasi nell'orbita. Fu praticata la blefarorafia, con una incisione *di rilascio* fatta orizzontalmente ed all'angolo esterno.

3. **Cura della congiuntivite purulenta.** — Gosseln. — Fra tutti i rimedii preconizzati contro questa malattia, dà la preferenza all'alcool: prima fa una iniezione di acqua fredda fra le palpebre per toglierví il pus, e poi instilla alcune gocce di alcool a 90° mescolato a 4 parti d'acqua. Ogni 3 ore ripete la medicatura, e negli intervalli mette sopra l'occhio delle compresse bagnate nell'acqua fredda. Il referente fa rispettosamente notare che questa maniera di medicare la congiuntivite purulenta fu già abbandonata da moltissimi pratici, i quali preferiscono quella fatta col nitrato d'argento.

(*Rivista clinica e terapeut.,* fasc. 6-7, 1879).

4. **Il timolo in chirurgia.** — Dott. Rank. — Il timolo è dotato di proprietà antisettiche tali da preferirsi all'acido fenico

nella medicatura delle ferite. Sotto la sua azione diminuisce assai la secrezione delle ferite medesime, il periodo di cicatrizzazione è più sollecito; costa meno dell'acido fenico e per di più non ha proprietà venefiche, nè sotto il suo uso si vedono mai comparire i rossori e gli eczemi.

Rank adopra una soluzione che contiene una parte di timolo, dieci di alcool, venti di glicerina e mille di acqua.

(*Imparziale*, 15 maggio 1879).

In oculistica per le suddette sue qualità il timolo è indicatissimo, mentre l'acido fenico non potrebbe essere applicato senza grandissima precauzione (1).

5. **Imperfezioni della vista dal punto speciale dell'attitudine al servizio militare.** — Il Dott. Baroffio ha reso un servigio non piccolo tanto ai medici militari, quanto a quelli civili colla sua pubblicazione. Egli che è oculista abilissimo e nel tempo stesso ha estesissima pratica in questo argomento speciale, ha potuto in poche ed autorevoli parole esporre il modo di verificare ed apprezzare quelle imperfezioni dell'organo visivo che danno diritto a riforma. E queste sono:

1° La miopia grave, correggibile solo con lenti biconcave N. 4 (9 dioptrie. Ved. *Bollettino*, mese precedente) misurata ad accomodazione annientata per mezzo dell'atropina, col concorso delle lenti e dell'ottalmoscopio.

2° L'ipermetropia, che per essere corretta esigà lenti positive del N. 6 (6 dioptrie).

3° L'astigmatismo, quando l'acutezza della visione è ridotta inferiore ad $^1/_4$ della normale.

4° I *leucomi* e le *macchie corneali*, le *ectasie corneali*, le *imperfezioni* e le *malattie dell'iride*, le *malattie dell'apparato cristallino*, del *vitreo* e delle *membrane interne dell'occhio* quando riducono l'acutezza visiva ad $^1/_4$ della normale *se trattasi dell'occhio destro*, quando la rendono anche più gravemente lesa (inscritti) o l'aboliscono completamente (militari) *se trattasi dell'occhio sinistro*.

Il Dott. Baroffio in un 1° Capitolo dà una giusta descrizione di

(1) Peraltro circa la sua importanza ci riserbiamo riferire in apposito articolo, appena finiti alcuni esperimenti che abbiamo a mano.

una cassetta di lenti di prova, ed accenna le lenti che la compongono, e dice degli istrumenti che debbono completarla. Parla delle scale tipografiche ottometriche, dell'ottalmoscopio e dello stereoscopio ed insegna il modo di adoperare questi strumenti. In un 2° Capitolo tratta: dell'uso delle lenti di saggio — della misura delle amettropie (miopia, ipermetropia, astigmatismo, deviazione degli assi visuali) — dell'uso della scala di lettura — dell'ottalmoscopio impiegato come ottometro — dell'ambliopia e cecità monoculare — dello strabismo complicante — della presbiopia.

Tutto questo è chiaramente esposto in poche pagine. Poi, sotto il titolo di annotazioni, dà le notizie teoriche che completano la sua esposizione.

Il Galezowski apprezzando il lavoro di Baroffio nota che in questo non è parlato del modo di ricercare l'acromatismo. Mi pare che abbia ragione.

(*Giornale di Medicina militare*, gennaio-febbraio 1879). S.

6. **La stricnina in talune malattie del fondo oculare.** — Francesco Morano (*Giorn. Malattie degli occhi*. Maggio 1879). — Dall'impiego della stricnina si sono ottenuti dei risultati brillantissimi a spiegare i quali l'Autore fa notare quali sono gli effetti fisiologici oculari del medicamento.

Immediatamente dopo una iniezione ipodermica di stricnina si veggono i vasi della papilla più assottigliati e più rettilinei, lo che accade per la loro contrazione alla quale ne succede, come è facile il comprenderlo, uno stato opposto che dà luogo ad una iperemia. In questi vasi assottigliati e maggiormente rettilinei si avrà accelerata la circolazione e minorata la diapedesi. E per questo ostacolata la proliferazione cellulare e la migrazione dei leucociti; diminuita la filtrazione nel parenchima del nervo ottico e conseguentemente il facile decorso della linfa. Allora eliminazioni dei prodotti flogogeni del N. O., rinnuovamento degli elementi istologici, ecc. ecc.

Ma questi effetti non saranno sempre utili. Quando il processo morboso abbia indotto fatti di compressione da interrompere la conducibilità delle fibre nervose, il medicamento sarà inutile, e taluna volta come, per esempio, nella neurite ottica acuta sarà nociva.

L'Autore soggiunge: è evidente che solo ad un patto si potrebbe

in pratica utilizzare un sì prezioso rimedio: rendendosi cioè un esatto conto delle lesioni che s' indovano sul nervo ottico, nelle membrane del fondo dell' occhio, o nelle meningi cerebrali, e stabilendo una diagnosi precisa della modalità morbosa che è fondamento dell'ambliopia od amaurosi, onde l'infermo richiede il nostro consiglio.

L'Autore poi ci fa sapere che ha sperimentata la stricnina in 85 ammalati, e di queste cure ne riporta alcune sotto forma di brevi storie.

Circa il modo di amministrazione, ci dice che ha usato il nitrato di stricnina in iniezione sottocutanea, facendone dieci in venti giorni, e quindi discontinuando per dieci giorni, e poi ricominciando, e così via.

La sua formula è questa:

Acqua stillata	grammi	500
Nitrato stricnico	centigr.	10

Di questa soluzione inietta 5 gocce (1 milligr.) per dieci giorni; quindi 10 goccie (2 milligr.). Qualche volta usa pure il linimento seguente:

Tintura iodio	grammi	4
Nitrato stricnico.	centigr.	2

Per pennellare la fronte, le tempie e contorno dell'orbita. S.

FORMULARIO

Mucillagine tannica (Hairion):

Pr. Tannino puro	gr.	3
Acqua stillata	»	30

sciogli in mortaio ed aggiungi gomma arabica 10 gr., filtra per panno.

Raccomandato nelle granulazioni.

Duboisina per uso epidermico:

Pr. Solfato neutro di duboisina . .	gr.	0,50
Acqua stillata	»	100

da inocularne 2 gocce.

Duboisina per collirio:

Pr. Solfato neutro duboisina . . gr. 0,02,5,10
Acqua stillata. . . . . . » 10,00

tre o quattro gocce al giorno.

Detta in pomata:

Pr. Solfato neutro duboisina. . . . gr. 0,02
Vaselina . . . . » 10,00

FAUQUÉ.

NOTIZIE

La Commissione ordinatrice dell'Associazione oftalmologica italiana ha diramato la seguente Circolare:

Onorevole Collega,

L'Associazione ottalmologica italiana non essendosi potuta riunire nel 1878 atteso la circostanza della Esposizione Universale di Parigi, si riunirà invece quest'anno dal 1° al 4 settembre, qui in Napoli.

I temi da discutersi sono i seguenti:

1° Patogenesi e cura del distacco retinico;

2° Indicazioni per l' iridotomia ed apprezzamento de' varii processi operativi;

3° Rapporti che può avere il rosso della retina con la patogenia di alterazioni della facoltà visiva;

4° Se la infiltrazione purulenta consecutiva alle operazioni praticate sulla cornea, possa essere sotto la dipendenza del parassitismo, ed ammessa, quali sieno i mezzi più adatti per prevenirla e combatterla.

Però, se questi temi, prescelti come obbiettivo per gli studi che saranno l' argomento officiale della futura riunione, costituiranno la base delle nostre discussioni scientifiche, ciò non toglierà che ciascun socio effettivo possa fare delle proposte attinenti alla nostra specialità, ovvero che possa leggere lavori o fare delle comunicazioni orali intorno agli argomenti del molteplice campo dell'Oftalmologia.

Ma in quest' ultimo caso si previene, che il Socio avvisi per iscritto la Commissione ordinatrice, almeno otto giorni innanzi alla riunione dell'Associazione, intorno al tema che intende svolgere, affinchè possa essere vie maggiormente facilitato il lavoro dell'Ufficio Presidenziale definitivo (Art. 8 dello Statuto).

La Commissione, intanto, invita tutt' i Socii, che intendono di intervenire alla Riunione dell'Associazione, e coloro fra' nostri Colleghi che volessero far parte dell'Associazione, di mandare per iscritto la loro adesione al domicilio del Presidente Prof. CASTORANI, *via S. Lucia, 92,* non più tardi del 15 di Luglio, affinchè faccia stampare a tempo un determinato numero di Tessere, con la cui presentazione ogni Socio otterrà la riduzione su' prezzi delle Ferrovie dello Stato. E prega poi specialmente tutti i Socii che finora non hanno pagato la tassa annuale, di mettersi in regola col Tesoriere, secondo il disposto dell' Art. 11° dello Statuto qui allegato.

Gradisca, onorevole Collega, i sentimenti della nostra più alta stima.

Napoli, 14 Maggio 1879.

La Commissione ordinatrice

Prof. RAFFAELE CASTORANI, *Presidente*
D.r GIUSEPPE MOYNE, *Vice-Presidente*
D.r ENRICO VELARDI, *Tesoriere*
D.r FRANCESCO MORANO, *Segretario.*

STATUTO

DELL'ASSOCIAZIONE OFTALMOLOGICA ITALIANA.

—

Art. 1° Lo scopo dell'Associazione Oftalmologica italiana è di favorire i progressi dell'Oftalmologia, e servire di centro e legame ai cultori di essa.

Art. 2° Il numero dei Socii è illimitato.

Art. 3° Per essere Socio di questa Associazione bisogna esser Medico o Chirurgo. Le domande per l'ammissione debbono esser dirette al Presidente della Commissione ordinatrice.

Art. 4° L'Associazione si riunirà ogni anno in una delle città italiane il 1° settembre e la riunione durerà 4 giorni.

Art. 5° Alla fine di ogni sessione si stabilirà la sede e l'epoca della futura, si daranno i temi da trattarsi, e si nominerà un Presidente ed un Vice-presidente per la Commissione ordinatrice, scegliendoli possibilmente nella città dove la sessione avrà luogo, lasciando a loro la facoltà di nominare due Segretarii de' quali uno farà da Tesoriere.

Art. 6° Le funzioni della Commissione ordinatrice cesseranno dopo che la nuova sessione avrà nominato a maggioranza di voti il banco presidenziale.

Art. 7° Il Presidente delle riunioni dirige la discussione e firma i processi verbali insieme ai Segretarii.

Art. 8° L'ordine del giorno sarà formato nel modo seguente:

Ogni giorno vi saranno due tornate, una antimeridiana, l'altra pomeridiana. Nella prima si discuteranno i temi; nella seconda le comunicazioni particolari, secondo l'ordine cronologico.

Tutti coloro che vorranno fare delle comunicazioni dovranno darne avviso per iscritto al Presidente della Commissione ordinatrice otto giorni prima della sessione, indicando l'argomento che vorranno trattare. Il Presidente ne farà un elenco secondo la data d'avviso, che rimetterà al nuovo banco presidenziale.

Art. 9° La durata della comunicazione non deve oltrepassare i trenta minuti, ammenochè l'assemblea non creda farne eccezioni.

Art. 10° La Commissione ordinatrice rilascerà a ciascun socio dietro pagamento della quota annua un biglietto valevole per intervenire all'adunanza dell'anno in corso.

Art. 11° Ogni socio deve rimettere al Tesoriere entro il primo semestre di ogni anno lire italiane venti (L. 20), la qual somma è obbligatoria per tutti gli inscritti, quantunque non intervenissero alle adunanze.

Art. 12° Il socio che per due anni non avrà soddisfatto alla quota sarà tacitamente escluso dall'Associazione.

Art. 13° Il socio che avendo pagata la tassa non potesse intervenire alla riunione, ha il diritto di trasmettere i proprii lavori per essere inseriti negli Atti.

Art. 14° Qualora un socio voglia uscire dalla Associazione deve dichiararlo per iscritto al Presidente nel mese di gennaio seguente al periodo dell'ultima adunanza.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno I. Firenze, 1° Luglio 1879. N. 11.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour inter prètes que des oracles.
(GERAUD-TEULON, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.

Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. SIMI, oculista, via de Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

LAVORI ORIGINALI

OSSERVAZIONI ANATOMICHE SOPRA ALCUNI CASI DI DISTACCO RETINIENO. — *Studii del Dottor* ALESSANDRO TAFANI.

Condotti a termine gli studii relativi all'edema dell'Iwanoff, al glioma della retina e ad altre affezioni morbose che si sviluppano in questa membrana nervosa, erami proposto di parlare esclusivamente ed in generale dei distacchi retinieni, seguendo in tutte le loro fasi le intime modificazioni che per essi hanno luogo. Senonchè il numero scarso di tali distacchi da me osservato nei molti occhi estirpati m'impedisce di poterne parlare e descrivere tutte le modificazioni di tessitura, che in tali affezioni morbose e nei loro differenti gradi si sogliono riscontrare. È perciò che ho amato meglio, anzichè dettare un capitolo che descriva e tratti dei distacchi retinieni in generale, riferir minutamente le alterazioni da me osservate in diversi occhi estirpati in quest'anno ed alterati in tal modo. Ad altra occasione penso di rimettere la pubblicazione di tal capitolo, sperando frattanto di poter raccogliere nuove osservazioni importanti e relative a questo argomento.

Piacemi innanzi tutto ed in brevi parole accennare quale sia stato il metodo, da me posto in pratica, per ottener dei preparati eccellenti e tali da potere esser convenientemente studiati in ogni loro parte.

Ho preferito in tutti i casi l'indurimento nel liquore di Müller, ed il successivo trattamento con la gomma e con l'alcool. Allorchè un occhio veniva estirpato ho sempre avuto cura di riporlo subito nel primo reagente ed ho del pari avuta la cautela di rinnuovar questo reattivo indurante ogni sei o sette giorni, onde ottener l'effetto voluto il più presto e meglio che fosse possibile. Ottenuta appena una discreta consistenza, e questo suole avvenire tenendo nel liquore di Müller gli occhi dalle sei alle otto settimane, spaccava questi organi dall'avanti all'indietro, in un piano cioè che dividendo in due la cornea, il cristallino ecc., venisse a terminare un po' lateralmente al nervo ottico. Di ciò si trova riposta la ragione nel fatto, che operando siffattamente si possono poscia praticare delle sottili fettuccie, le quali interessino il nervo ottico, la sclerotica, la coroide, la papilla e la retina circostante.

Nei diversi casi di distacco retinieno da me esaminati ho subito, dopo aver spaccato gli occhi in tal modo, veduto di che si trattava, poichè non vi esisteva più l'umor vitreo come di consueto si osserva, ma sibbene una massa coagulata in mezzo a cui era serrata la retina. L'umor vitreo allorchè non ha subito importanti modificazioni, si conserva fluido o semifluido anco dopo alcuni mesi d'indurimento nel liquore di Müller, mentre quando si trova al suo posto un essudato riccamente albuminoso questi si coagula in massa per siffatto reagente. La condizione del coagulamento in massa del liquido rimpiazzante l'umor vitreo, e del liquido situato fra la coroide e la retina scollata, è un fatto per me importante e favorevolissimo per esami così delicati. Infatti, allorchè il liquido sparso allo esterno della retina si coagula, viene impedita la caduta di molti elementi della membrana di Jacob, i quali se ne anderebbero in seguito alle numerose manipolazioni, a cui prima di essere esaminata va sottoposta. Di più la retina, così naturalmente serrata in mezzo ad una sostanza, che acquista un grado d'indurimento discreto, si presta benissimo per essere sezionata in fettuccie sottili.

Una volta aperti nel modo già detto gli occhi, ho cura di riporli in una soluzione gommosa non troppo concentrata e di mantenerveli dalle 18 alle 24 ore. Ciò fatto, prima di tutto cerco di lavare rapidamente l'occhio in acqua semplice e quindi lo passo per poche ore, non più di sei, nell' alcool ordinario. Dopo tutte queste manovre l'indurimento è completo e si possono ottener fettuccie molto sottili, le quali appena appena lavate in acqua stillata, vengon messe a colorire. Il precetto di tener per poco siffatte sezioni a lavarsi in acqua per perdervi la gomma di cui sono impregnate, è consigliato giustamente da Poncet (1), allo scopo di non alterare gli elementi delicatissimi della membrana di Jacob. Ho preferito poi di esaminar tali preparati colorandoli nei tre modi seguenti: o col carminio neutro, o colla mia soluzione (2) picro-anilinica, o con la eosina-ematossilica come recentemente ha consigliato Renault (3). Con i due ultimi processi in specie alcune minute modalità di tessitura nella retina tanto normale che alterata si distinguono in modo stupendo. Le fettuccie così colorate vengon poscia per la maggior parte chiuse in glicerina diluta e talvolta acidificata per l'aggiunta di acido formico.

OSSERVAZIONE 1.ª *Occhio estirpato per minaccia d'oftalmia simpatica.* — Esso nove anni prima era stato affetto da oftalmia purulenta, per la quale si ebbe una grave cheratite parenchimatosa, parziale fuoriuscita dell' umor vitreo e quindi un vuotamento parziale. Adagio adagio atrofizzandosi in parte, era andato come si suol dire a guarigione, quantunque vi fosse perdita assoluta della vista e rimase innocuo per molti anni consecutivi; fintantochè in questi ultimi mesi non si presentarono segni di oftalmia simpatica.

Misurando quest' occhio appena estirpato, ottenemmo i dati seguenti:

DV	=	19, $^1/_2$	millimetri
DT	=	20	»
D AP	=	21	»

La cornea era ingrossata, ristretta, appianata e totalmente leucomatosa. Spaccato tale occhio con le norme indicate più sopra;

(1) PONCET. *Mémoires de la Société de Biologie.* T. 5e, Serie 5, 1873.
(2) TAFANI. *Sperimentale* ed *Imparziale,* 1878.
(3) RENAULT, *Gazette Hebdomadaire,* 1879.

abbiamo trovato il cristallino degenerato, impicciolito e deformato, posto al disotto dell'apertura pupillare al cui bordo libero era aderente. Si vedeva poi, cosa che in occhi normali non è dato osservare una sola volta, tutta la cavità che avrebbe dovuto essere occupata dall'umor vitreo, ripiena totalmente da una sostanza densa, compatta e coagulata. L'umor vitreo infatti non si trova coagulato negli occhi normali sottoposti all' indurimento col liquore di Müller. Questa sostanza coagulata si poteva distinguere in due zone, in una cioè compresa fra coroide e retina ed in una situata internamente a quest' ultima membrana e rappresentante per ciò le vere reliquie dell' umor vitreo trasformato sostanzialmente. La parte esterna era più abbondante di quella posta all' interno della retina, ed era anche colorata più in giallo dell'altra. La retina che si trovava inclusa in questo essudato appariva irregolarmente disposta ad imbuto, avendo la base pieghettata e con molte volute rivolta in avanti e l'apice assai ristretto all' indietro ed in corrispondenza cioè dell' ingresso del nervo ottico. La coroide rimaneva in sito e libera da qualunque adesione non fisiologica con la soprastante sclerotica.

Le nostre indagini dopo ciò rivolte a porre più specialmente in chiaro quali fossero le intime alterazioni che la retina avea subite nelle sue parti diverse, posero in evidenza quanto verremo esponendo. I preparati sottilissimi, ottenuti tanto ove la retina aveva assunta la disposizione a corolla, quanto in vicinanza del peduncolo, come sul peduncolo stesso, osservati (dopo conveniente colorazione) con un piccolo ingrandimento ci mostravano la retina inclusa da una sostanza amorfa colorata. È particolare il fatto che la sostanza situata allo esterno della retina era molto più colorata di quello che non fosse l'altra posta all' interno. Si vedeva inoltre come la retina siffattamente racchiusa non fosse completa in alcun punto, mancandole lo strato più esterno delle cellule pigmentarie, ed in quasi totalità l'altro dei coni e dei bastoncelli. A piccolo ingrandimento si distingueva benissimo che le fibre radiali erano più del consueto sviluppate, come pure si distinguevano alcuni vasi abbastanza grossi decorrenti negli strati retinieni più interni.

A forte ingrandimento, sistema Hartnak oculare N. 4 ed obiettivo N. 8, si vedevano così modificati gli strati diversi. Prima di tutto è bene avvertire che le modificazioni di tessitura nella retina

apparivan maggiori verso la base dell' imbuto anzichè verso il suo peduncolo. Però la differenza non era grandissima.

Incominciando lo esame della sostanza centrale o racchiusa dalla retina, si può dire che essa era finamente granulosa ed avea tutti i caratteri d'una sostanza albuminoide coagulata. In questa si trovavano più qua e più là alcuni elementi cellulari a nucleo ora grosso e rotondo ed ora ovale, muniti di protoplasma abbondante e granuloso, i quali aveano le apparenze di cellule semoventi. In alcuni punti era ancor possibile vedere che in vicinanza a tali gruppetti cellulari ed in mezzo a loro la sostanza fondamentale albuminosa appariva striata e presentante un principio di aspetto fibroso. Andando poi allo strato più interno della retina, vale a dire al rivestimento jaloideo, posso affermare che esso non vi esisteva più come strato continuo, nè con i suoi caratteri consueti d'epitelio esagonale. Più qua e più là era possibile riscontrare al suo posto alcune cellule, le quali però anzichè d'elementi epitaliali aveano i caratteri di elementi connettivali. La membrana del Pacini, più grossa del consueto, non avea la sua normale trasparenza, giacchè in molti punti era d'un aspetto leggermente fibroso e non descriveva una linea regolare, ma sibbene sporgeva più verso la massa coagulata inclusa, mentre in altri meno. E tali prominenze e depressioni della membrana di Pacini corrispondevano all' infossarsi più o meno dele fibre radiali. Queste fibre di Müller, oltre ogni dire ingrossate, aveano larghi i loro piedi, e si vedeva benissimo in ciascuno una tessitura nastriforme. Fra i loro piedi apparivan non pochi elementi, di cui alcuni pianeggianti a carattere endoteliale ben definito, ed altri aventi il carattere di cellule migratorie. Queste ultime che si trovavano, come ho detto, fra i piedi delle fibre radiali ed al lato interno della membrana di Pacini mi fanno nascer l'idea che esse traversino tutta intiera od almeno gli strati più interni retinieni per recarsi nel liquido albuminoso intraretineo, ove giunti contribuiscono con l'andar del tempo alla sua organizzazione.

Nello strato dei piedi delle fibre radiali si osserva fra i singoli fasci una sostanza granulosa avente i medesimi caratteri di quella occupante il posto dell' umor vitreo, ed al suo esterno si possono scorger con abbastanza evidenza alcune fibre nervose pallide moniliformi frammiste a connettivo adulto, a fibre ondulate

ed intrecciantisi, e che probabilmente non sono ad altro dovute se non se alla degenerazione di alcune fibre di Remack.

Sembra strano, ma pur troppo era vero, che le cellule cerebrali non fosser distrutte; poichè ne rimanevan sempre talune le quali mostravansi con grosso nucleo, con protoplasma abbondante non degenerato e con prolungamenti lunghissimi, di cui alcuni rivolti verso l'esterno, ed altri perdentisi nello strato più sopra descritto. Ma non soltanto quivi tali elementi persistevano immutati, ma ancora ne ho veduti alcuni sparsi nello strato delle interne granulazioni. È vero altresì che erano pur visibili i reliquati di altre cellule cerebrali atrofiche risospinte ed accollate ai fasci delle fibre radiali che traversano il loro strato. Il luogo ove queste ultime degenerate si dovean trovare, era invece pieno di un essudato albuminoso finissimamente punteggiato. Questo fatto, del persister cioè inalterate le cellule cerebrali in una retina distaccata ed appartenente ad un occhio da tanti anni ammalato, è importantissimo e si collega all'altro della degenerazione soltanto parziale del nervo ottico.

Lo strato molecolare avea perduti quasi tutti i suoi caratteri più consueti ed appariva invece sotto forma di un tessuto per la massima parte connettivo reticolare a maglie irregolari, di cui il maggior numero avente il più gran diametro nel senso della superficie della retina. Le maglie più larghe erano, come le altre cavità descritte, ripiene di un essudato granuloso. In questo medesimo strato, che veniva perpendicolarmente traversato da fasci di fibre radiali di Müller ingrossate, si notavano non pochi vasi sanguigni ripieni di globuli rossi.

Le granulazioni interne per numero erano diminuite, quantunque la grossezza dello strato non fosse scemata. Questo fatto dipendeva dallo essere i pochi granuli rimasti in sito disgregati fra loro, e dall'esser anche quivi accolto nelle maglie un liquido coagulato dal bicromato potassico. Oltre le poche granulazioni residue, apparivano chiarissime lungo le fibre radiali in questi preparati le cellule endoteliche, che in casi fisiologici si discuoprono soltanto con grandissima difficoltà. Il numero di queste cellule relativamente a quello normale era aumentato: esse aveano nucleo grosso, ovale, nucleolato e diretto per lo più nel senso delle fibre di Müller. Finalmente è da ricordarsi come anche quivi persistessero inalterate alcune cellule cerebrali.

Una parte che, in mezzo a tanta modificazione di tessitura, si manifestava con maggior chiarezza ed evidenza era la membrana intermedia o dell' Hannover. Questa infatti vi appariva marcatissima e con i suoi nuclei, che in gran parte vi s' infossano, facilmente visibili. Se però essa era così conservata e sempre con i suoi caratteri di membrana continua, non del pari intatto poteva dirsi lo strato delle esterne granulazioni, in cui delle primitive apparenze poco o nulla restava, essendo ridotto quasi esclusivamente ad un tessuto areolare a maglie abbastanza grandi, ripiene di essudato granuloso coagulato. Pochi elementi cellulari proprii a questo strato rimanevano ancora, e si vedevano addossati ad alcuni filamenti che dallo strato dell' Hannover si recavano alla membrana limitante esterna o di Schultze.

La membrana limitante esterna o di Schultze a rigore si può dire che fosse l'ultimo strato riconoscibile in questa retina siffattamente alterata. Esso appariva marcatissimo ovunque ed avente un doppio contorno ben netto, mentre di consueto suol presentarsi sotto l'aspetto di una serie di granulazioni linearmente disposte. Al di fuori di questo strato non riconoscevasi più alcuno elemento che potesse conservare o per le sue sembianze o per il modo onde era disposto, decisamente i suoi caratteri d'elemento appartenente alla membrana di Jacob. Non si aveva infatti un sol cono od un solo bastoncello, che quantunque deformato potesse svelarci la sua elegantissima forma primitiva. Esistevano soltanto in qualche punto a contatto della membrana di Schultze alcuni ammassi di granulazioni grassose e qualche cellula semovente. Fra questo strato ed il più esterno di quelli retinieni, cioè fra le cellule pigmentarie, le cui vestigia trovavansi sempre in sito internamente alla coroide ed alla membrana di Schultze, era interposta una massa amorfa coagulata, la quale avea una grossezza diversa nelle varie parti, a seconda cioè della distanza maggiore o minore interposta fra retina e coroide. In questo essudato non si notava altro che qualche cellula linfatica sparsa più qua e più là e qualche raro accumulo di granulazioni evidentemente grassose.

L'ultimo o dodicesimo strato, quello cioè delle cellule pigmentarie, quantunque fosse rimasto in sito, pure si mostrava non meno gravemente alterato. In questo non esisteva più traccia della forma tipica delle cellule frangiate o membranose, ed era con-

fusa la loro pigmentazione, non distinguendosi più nettamente la parte esterna chiara da quella interna oscura o pigmentata. Avea l' insieme di tali cellule, anzichè l'apparenza di tanti elementi separati ed indipendenti, l'altra d'una membrana continua anista e granulosa per granuli pigmentarii. Era poi importante il vedere come al solo lato interno di questa membrana si trovasse una strisciuola assai sottile ed irregolare di sostanza ossificata.

Finalmente in riguardo a questa retina erano da studiare le modificazioni avvenute nel suo peduncolo, non potendo ricercar quali potessero esser quelle che avevano invasa la *macula lutea*, essendo impossibile ritrovar questo punto in un tessuto tanto cambiato nelle sue forme e nei suoi rapporti.

Nelle sottili fettuccie comprendenti la papilla, anzi dirò meglio il peduncolo della retina distaccata, si vedevano le fibre nervose in gran parte sostituite da fasci di tessuto connettivo. Però più qua e più là si potevano sempre riconoscere non poche fibre nervose pallide, le quali aveano, per l' immersione prolungata nel liquore di Müller, preso un aspetto maniliforme. Il connettivo costituente i fasci occupanti il posto delle fibre nervose distrutte, nonchè i fasci fibrosi trasversali della lamina *cribrosa*, era rivestito in molti punti da cellule piane con nuclei grossi, ovali e diretti nel senso stesso delle fibre alle quali si trovavano addossate. Infine è notevole che i grossi vasi retinieni e più specialmente le arterie erano attorniati da un' *adventitia* più del consueto sviluppata.

Osservazione 2ª — *Occhio estirpato per minaccia d'oftalmia simpatica.* — La malattia datava da circa tre anni: anche in questo caso erasi avuta una cheratite parenchimale ulcerosa, consecutiva formazione di uno stafiloma conico assai grave, rottura di questo e fuoruscita parziale del vitreo.

Quest'occhio venne trattato precisamente come l'altro di cui abbiamo dovuto occuparci poco prima.

Misurandolo all' esterno, avanti cioè che fosse aperto, si ottennero i dati seguenti:

DV = 23 millimetri
DT = 23 »
DAP = 25 »

Dallo spaccato, ottenuto dopo un conveniente indurimento, si

ebbero immagini pressochè identiche a quelle dell'altro caso. Anche quivi si trovava ad occupare il centro dell'occhio una massa densa compatta, avente tutte le apparenze d'una sostanza albuminoide coagulata. In mezzo a questo coagulo vedeasi chiusa la retina, la quale distaccata aveva contratti nuovi rapporti e si era disposta a corolla, ossia erasi aggrinzita e portata anteriormente, rimanendo per un sol peduncolo adesa alla parte posteriore della sclerotica, nel punto dell'ingresso del nervo ottico.

Praticando delle sottili fettuccie sopra le porzioni di tal retina così distaccata, abbiamo potuto vedere che anche in questo caso erano tutti gli strati che avevano abbandonato il loro posto, tranne quello pigmentario o più esterno, che rimaneva sempre in rapporto con la coroide. A piccolo ingrandimento si poteva anche vedere come la fisonomia della retina non fosse gravemente alterata ed irriconoscibile, e come lo strato che avea subìte le modificazioni maggiori fosse quello di Jacob. Appariva poi elegantissima la disposizione di tutta la retina, la quale atteggiavasi in modo da formare elegantissime volute, ripiegandosi variamente sopra sè stessa. Questo fatto era più sensibile nelle parti anteriori, anzichè nella retina vicina allo ingresso del nervo ottico. (*Una di queste volute retiniene è disegnata nella figura 1ª della tavola unita a questo lavoro*).

Le alterazioni della retina, le quali specialmente o per dir meglio da sole ci devono trattenere, erano alquanto diverse da quelle riscontrate nel caso precedente. Esaminando infatti questa retina a forte ingrandimento si vedeva che essa quantunque conservasse sempre distinti i suoi diversi elementi, pur nondimeno in alcuni suoi strati presentava una speciale degenerazione. Lo strato dei coni e bastoncelli o membrana di Jacob era quello che sovra ogni altro appariva degenerato, conservando però sempre alcuni dei suoi elementi riconoscibili. L'insieme di questo strato aveva un diametro maggiore del consueto, giacchè gli elementi che lo componevano eransi discostati in parte gli uni dagli altri, ed erano per di più ancora ingrossati. I coni avevano l'apparenza di altrettante piccole bottigliette a collo tronco: alla loro base, ossia in vicinanza dello strato di Schultze, appariva in essi una vessicola cristallina, che per i suoi caratteri fisici e per il suo modo speciale di reagire poteva dirsi una vessicola di sostanza colloide. Il proto-

plasma contiguo a questa appariva molto più granuloso e denso del normale ed era perciò molto facilmente ed intensamente colorabile. Il segmento esterno dei coni, come tutti i bastoncelli erano alterati e ridotti in frantumi, diversi dei quali conservavano sempre alcuni dei caratteri propri agli elementi da cui provenivano, mentre altri erano ridotti in piccolissime gocciolette. In taluni punti i frantumi resultanti dalla rottura dei varii bastoncelli, essendo rimasti inclusi nell'essudato coagulato e perciò essendo posti nell'impossibilità di spostarsi, rimanenevano in piccole serie lineari, rappresentandoci così gli elementi da cui erano derivati. Fra i coni ed i bastoncelli in tal modo alterati si trovavano sparse alcune vessicole di materia colloide, le quali piccole quanto gli elementi dello strato granuloso esterno in vicinanza della membrana di Schultze, divenivano poi voluminose appena oltrepassati gli articoli esterni dei coni e bastoncelli, acquistando quivi un volume doppio ed anche triplo. *Siffatta disposizione si osserva disegnata nella tavola che segue a questo lavoro ed è indicata alla fig.* 3ª.

L' essudato posto fra siffatti elementi e la coroide non avea forma alcuna, era granuloso, facilmente colorabile per il carminio e soltanto in molta vicinanza di questa membrana mostrava qualche altra vessicola colloide e qualche elemento semovente dispersovi e sopracarico di granulazioni pigmentarie. Le cellule pigmentarie proprie allo strato retinieno più esterno, quantunque conservassero le loro apparenze più che nol fosse nel precedente caso, nondimeno erano esse pure modificate. Non si distingueva ben netta la loro parte interna provvista di cigli o di frange membraniformi, la quale era invece in qualche punto occupata da grosse vessicole cristalline, che sembravano in parte libere fra l'essudato ed in parte internate in seno alle cellule pigmentarie.

Tornando agli strati retinieni distaccati e seguendoli in ordine inverso a quello tenuto nella descrizione del primo caso, troviamo dopo la membrana di Jacob l'altra di Schultze, ossia la limitante esterna. Questa non avea segni di alterazioni profonde: soltanto in alcuni punti appariva più del consueto marcata e con un doppio contorno. A primo aspetto sembrerebbe che se lo strato di Jacob era gravemente alterato, esser dovesse altrettanto quello delle esterne granulazioni, giacchè questi elementi sono in rap-

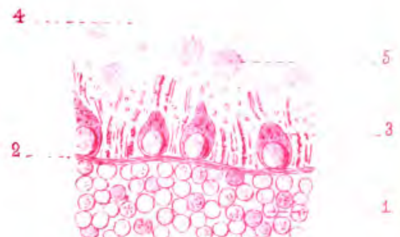
Figª 1ª



Figª 2ª



Figª 3ª



porto e dipendenza assoluta con gli altri di quello. Però quantunque si esaminassero accuratamente e sopra moltissime preparazioni colorite in diversi modi, non vi si scoprivano alterazioni corrispondenti. Chi esamini la fig[a]. 3[a], la quale riproduce fedelmente un tal preparato, potrà convincersi che le alterazioni vi erano quasi insensibili. Tanto le callotte dei coni che i globuli dei bastoncelli costituenti lo *stratum granulatum esternum*, apparivano soltanto leggermente modificati: i primi erano un poco più granulosi del normale ed i secondi meno lucenti e poco visibile lo scarsissimo protoplasma accolto ai loro poli. I filamenti di questo strato in qualche luogo si potevano sempre distinguere, mentre in altre parti non si potevano più vedere, ed invece loro si trovavano alcune minute granulazioni, che facevamo supporre che fossero interrotti.

Lo strato intermediario o dell'Hannover avea esso pure pochissime alterazioni: era soltanto un poco più marcato di quanto solitamente suole essere.

Le interne granulazioni del pari non erano modificate altro che in grado lieve, poichè le modificazioni consistevano soltanto nell'esservi i diversi elementi più disgregati. Del resto, ricercandovi le quattro specie di cellule accennate da Krause e da me in altre memorie descritte, ve le ho potute tutte ritrovare. Infatti, quantunque in scarsissimo numero, vi ho trovate le cellule cerebrali, vi ho trovate le cellule piane di connettivo un poco più visibili dell'ordinario, perchè il loro protoplasma era in aumento, e vi ho trovati i grossi nuclei degli elementi spettanti alla faccia interna della membrana dell'Hannover. Non sto a rammentare di avervi ritrovata anche la quarta specie, ossia le granulazioni o globuli veri e proprii, perchè per il loro numero e per gli altri loro caratteri sarebbe stato impossibile che sfuggissero anche all'osservazione la più grossolana.

(*Continua nel seguente numero*).

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA

Fig.[a] 1[a] Distacco della retina.

1° Essudato interno che occupa il posto dell'umor vitreo.

2° Porzione di retina disposta a corolla: in essa si vedon benissimo

i diversi strati, ma le manca quello più esterno o delle cellule pigmentarie.

3° Grossi vasi sanguigni che in essa decorrono.

4° Essudato esterno o posto fra la retina e la coroide.

5° Elementi sparsi in mezzo all'essudato.

Ingrandimento: *Sistema Hartnack. Oculare N. 2, Obiettivo N. 4.*

Fig. 2ª In questa figura son disegnati soltanto alcuni strati retinici:

1° Strato dell'esterne granulazioni.

2° La membrana limitante esterna o di Schultze.

3° La membrana di Jacob.

4° Essudato esterno.

5° Globuli colloidi.

Sistema Hartnack. Oculare N. 4, Obiettivo N. 8.

Fig.ª 3ª In questa figura si vedono soltanto i tre strati più interni della retina:

1° Strato dei piedi delle fibre radiali di Müller.

2° Residui della membrana del Pacini.

3° Vaso sanguigno.

4° Elementi cellulari semoventi nell'essudato interno.

Sistema Hartnack. Oculare N. 4. Obiettivo N. 8.

RIVISTE

1. **Ambliopia da tabacco.** — Hirschberg. — L'Autore riferisce 6 casi di pura ambliopia da tabacco da fumo, 3 per tabacco da naso, o forme miste, 4 casi di ambliopia con scotoma, due delle quali potettero riferirsi a neurite retrobulbare. I criteri per ammettere quest'ambliopia sono: 1° Guarigione pel semplice astenersi dal tabacco. 2° Sviluppo di un disturbo visivo caratteristico, mentre l'ottalmoscopio non rivela nulla.

Questo disturbo visivo caratteristico (d'ordinario bilaterale) consiste in uno scotoma paracentrico che dal punto di fissazione (*macula lectea*) si estende in forma ovale verso la macchia nera di Mariotte (*puntum cæcum*). Nel campo dello scotoma il bianco, secondo Föster, apparisce grigio, il rosso si vede oscuro, e secondo l'Autore, anche il grigio si vede bianchiccio ed il bleu come bleu pallido od oscuro. I limiti per il rosso, bleu e bianco restano intatti. Lo scotoma è sempre relativo in rapporto alla intensità della luce e la forza visiva giunge ad $^1/_4$, $^1/_{12}$, $^1/_{20}$, raramente ad $^1/_{40}$, ad $^1/_{50}$ del normale.

Nell'ambliopia per abuso di tabacco da naso lo scotoma non è paracentrico; la sua maggiore estensione fa sì che i limiti del campo visivo del grigio e rosso vengono sorpassati; si ha cecità per questi due colori, mentre i limiti per il bleu ed il bianco restano intatti.

Poichè l'abuso del tabacco è spesso congiunto a quello dell'alcool, così non è raro incontrarsi con uno scotoma centrale: con forme cioè di ambliopia mista.

L'ambliopia per tabacco non porta alla amaurosi; essa può essere spiegata per l'azione della nicotina sui vasi sanguigni e sulla sostanza nervea della retina e respettivamente del N. O.; la sua sede è periferica. Essa è in rapporto all'abuso del tabacco, delle qualità del medesimo, delle disposizioni dell'individuo e della sua predisposizione nervosa e concomitante inanizione.

(Dalla Rivista del *Mov. Med. Chirurg.*, 15 maggio 1879).

2. **Della duboisina e delle sue applicazioni terapeutiche** del Dott. Fauqué. (Continuaz. e fine, vedi *Bollettino* N. 9).

Fisiologia. — L'azione fisiologica della duboisina studiata nell'occhio si risolve in una azione molto simile all'atropina, ma pure con qualche variante nella quale sta tutto il pregio della nuova sostanza.

L'azione midriaca con ambedue le sostanze incomincia, si sviluppa e giunge al suo massimo in un tempo sensibilmente eguale; forse la duboisina a dose eguale produce una dilatazione un poco maggiore. Il massimo della dilatazione ottenuta con l'atropina dura da 60 a 72 ore, nell'altra circa 24 ore, e solo una volta negli esperimenti ai quali si riferisce l'A. 72 ore. La durata totale dell'azione era da 9 a 10 giorni per questa; 7 1|2 giorni per l'altra.

Ma per quanto riguarda l'accomodazione le differenze sono assai più palesi. Usando la duboisina si distrugge il potere accomodativo in 1|2 ora, e tale effetto con l'atropina non può aversi in meno di 1 ora e qualche volta più. Ed inoltre la durata di questa abolizione del potere accomodativo per la duboisina può fissarsi dalle 36 alle 48 ore; per l'atropina 24 ore.

La duboisina accelera i battiti del cuore; arresta temporariamente le secrezioni salivale e sudurale.

Terapeutica. — Per la rapidità con cui la duboisina sospende

il potere accomodativo sarà utile in quei casi nei quali voglionsi instituire delle indagini ottimetriche ed ottenere con esattezza il valore della refrazione statica. Sarà anche utile in quei casi nei quali l'atropina non è sopportata dalla congiuntiva, che reagisce con gravi stati di congiuntivitide, di eczema palpebrale, di eresipela e simili.

A tale riguardo l'A. riporta dei casi clinici rilevantissimi (1) e sono scelti fra quelli nei quali fu manifesta l'intolleranza per l'atropina e l'efficacia della duboisina.

Dosi e modo di amministrazione. — La dose per uso interno non deve sorpassare gr. 0,0005; può adoprarsi in pillole. Può adoprarsi, anzi sarà cosa migliore, per iniezioni sottocutanee con la seguente:

Pr. Solfato neutro duboisina (2) . .	gr.	0,50
Acqua distillata	»	100

da inocularne 2 goccie.

Le formule dei colliri usati dal Galezowski sono:

Solfato neutro duboisina . . .	gr.	0,02,5,10
Acqua stillata	»	10
F. Solfato neutro duboisina	gr.	0,02
Vaselina.	»	10

3. **Atropina e Duboisina.** (L. DE WECKER). — Da un lavoro pubblicato da Wecker nel *Bullettin de thérapeutique* tolgo in riassunto le seguenti notizie, non potendo dispiacere ai nostri lettori che quanto fu sopra riassunto del lavoro del Signor Fauqué sia posto in confronto con la opinione di uno dei più autorevoli clinici della Francia.

L'atropina riacquista tutti i suoi diritti ogni volta che si tratta di combattere dei fenomeni irritativi dovuti ad una infiammazione sopravvenuta da lato dell'iride, e rivela allora le sue preziose qualità di midriatico e di calmante. Mentre possiamo dire che l'eserina è il rimedio per eccellenza che conviene opporre alle

(1) Lo scrivente non può citare alcun fatto proprio in appoggio di questi dell'A. non essendo venuto in possesso della duboisina che in questi ultimi giorni.

Detta sostanza oggi trovasi alla farmacia Gualtierotti via Guicciardini.

(2) Visto il grande costo della duboisina, sarà bene che il pratico rilasci delle ricette in piccole quantità, pur seguitando le proporzioni segnate.

affezioni della cornea, l' atropina rivendica non meno giustamente questo titolo per le malattie dell' iride.

Noi non faremo qui che una sola riserva. Per l' elasticità delle membrane dell'occhio, il debole aumento di tensione, che provoca l'atropina (per dilatazione generale dei vasi e leggero aumento di secrezione) si trova annullato nei soggetti giovani mercè una estensione compensatrice. Nel caso di persone attempate, con inviluppi oculari rigidi, questa compensazione può mancare e, l'ampiezza di filtrazione essendo qui già sensibilmente diminuita, l'uso dell'atropina può portare delle conseguenze molestissime. Può ancora accadere così se il genere stesso dell'irite predispone da per sè ad una esagerazione di pressione. Ciò accade quando si tratta di forme sierose, nelle quali l'infiammazione occupa di preferenza il tessuto trabeculare pericorneale, cioè la regione dell' occhio della zona di filtrazione, in modo da diminuire l'escrezione dei liquidi intraoculari per ostruzione delle vie di filtrazione. Qui l' uso dell' atropina può accrescere ancora notabilmente questa tendenza glaucomatosa, e d'altra parte sempre si è contestata l'utilità dell'atropina in simili casi, attesochè la pupilla si mostra da per sè dilatata e nelle forme pure di irite sierosa il bordo pupillare giammai si salda alla capsula cristallina.

Fatte queste riserve, l'atropina troverà ancora un esteso impiego nei numerosi casi di iriti e di irido-coroiditi plastiche, a meno che il terreno non le sia disputato da un nuovo midriatico che è stato scoperto: la duboisina. Estratto da una solanacea australiana, questo alcaloide possiede incontestabilmente un' azione più potente dell' atropina, senza per questo mostrarsi più irritante.

Esperienze fisiologiche dimostreranno fino a qual punto si estende questa superiorità di azione; noi ci limiteremo ad indicare ciò, che la clinica ci insegna. Alla midriasi, che rapidissimamente si sviluppa, si associa ben presto una paralisi assoluta dell' accomodazione, mentre che, per ridurre il muscolo ciliare ad una completa impotenza, bisogna a più riprese tornare a delle instillazioni di forti dosi d' atropina.

Queste esperienze comparative debbono esser fatte su degli ipermetropi a muscolo ciliare potentissimo. Si può allora, instillando in un occhio dell' atropina e nell'altro una soluzione di eguale forza di duboisina, fare la seguente constatazione: L'iper-

metropia si rivela in poco tempo totalmente nell' occhio trattato con la duboisina, mentrechè tutta la ipermetropia non apparisce nell' altro occhio che dopo avere ripetuto per qualche tempo le instillazioni d'atropina; è a questo momento soltanto che la visione da lontano diviene possibile con la lente convessa massima, che misura l' ipermetropia totale.

Noi dunque abbiamo di già il mezzo di potere, in qualche modo istantaneamente, mettere un occhio in riposo, cioè a dire di sopprimere immediatamente l'influenza che esercita l' accomodazione e di essere al caso di decifrare rapidamente per gli ipermetropi e i miopi il vero grado di loro rifrazione. Ogni sospetto di errore per uno spasmo di accomodazione si trova allora remosso, ciò a cui non si arriva con l' atropina che dopo una certa perdita di tempo.

Si può sperare che questa potenza d'azione del nuovo midriatico arriverà fino a mostrarsi suscettibile di rompere delle sinechie posteriori, che l'atropina sarebbe incapace di distaccare? Io ne dubito, dopo ciò che ho potuto osservare fino al presente, perchè non sono ancora riuscito con la duboisina a distaccare delle aderenze iridee un poco larghe che fossero, allorchè avevano resistito all' azione dell' atropina.

Uno dei più felici resultati della scoperta della duboisina è di mettere attualmente a nostra disposizione due potenti midriatrici. Infatti grande era il nostro imbarazzo, quando al seguito di un uso prolungato d'atropina, o presso persone dotate di una particolare idiosincrasia, le instillazioni d'atropina provocavano delle irritazioni congiuntivali intense (congiuntivite follicolare con eczema delle palpebre). Questa idiosincrasia una volta acquistata, non si potrà più, anche dopo degli anni, tornare alla più piccola instillazione d'atropina senza vedere istantaneamente l' occhio infiammarsi. Non si aveva, in simile caso, altra risorsa che sostituire l'alcaloide con l'estratto di belladonna, di un effetto molto meno potente, che, cosa singolare, sui malati, dei quali la congiuntiva era satura di atropina, non esercitava la medesima azione irritante. Si ricorreva ancora all'uso dell' estratto di giusquiamo, ed è interessante di fare qui osservare che il solo estratto si mostra suscettibile di agire, mentre che l'alcaloide, la iosciamina, non offre alcuna azione midriatica. Infine ci si appigliava alla daturina che è poco facile procurarsela pura e che irrita sempre più o meno l' occhio.

Queste difficoltà si trovano frattanto troncate grazie al solfato di duboisina, che M. Petit ha preparato ed ha messo a nostra disposizione a un prezzo modico. Questo alcaloide può essere usato per i malati, che mostrano la intolleranza la più decisa contro l'atropina, senza che ne resulti il più piccolo guaio, come me ne fornisce in questo momento l' esempio una signora svedese, malata di irido-coroidite, che aveva degli attacchi di congiuntivite con eczema delle palpebre a ciascuna instillazione d' atropina e che sopporta perfettamente le instillazioni di duboisina da varie settimane.

Noi non possiamo ancora saper niente inquanto alla durata della tolleranza per la duboisina. quando se ne faccia un uso prolungato. Noi indichiamo anche i danni che questo alcaloide può presentare come agente, che aumenta la pressione intra-oculare, nei casi nei quali si tratta di occhi ad ampiezza di filtrazione diminuita in seguito ad alterazioni senili. In fine il prezzo della duboisina, la purezza delle preparazioni decideranno fino a qual punto si estenderà il colpo portato dal nuovo midriatico alla grande notorietà dell' atropina. La reputazione tanto grande della belladonna si troverà così singolarmente compromessa, se si pensa alla importanza che ha preso l'eserina nella terapeutica oculare ed a quella che potrà prendere il nuovo e sì potente midriatico.

(D. G. Pini. — Dall'*Annuaire de thérapeutique*).

4. **Ambliopie ed amaurosi tossiche.** — (*Libro del signor* Galezowsci, Parigi 1879).

1. Ambliopia alcoolica. — L' A. ne espone così la sintomologia:

a) *Sviluppo rapido:* può giungere al suo maximum da 15 giorni a 3 settimane;

b) *Modalità dell' infievolimento della vista.* La diminuzione della facoltà visiva è rilevante. In generale è il medesimo per tutti gli infermi; questi non possono decifrare il N. 5 della scala tipografica dell' A. (N. 3 della scala adottata dal *Bollettino*) tanto di un occhio che dell'altro. Tal fatto è così costante che l'A. lo dice patognomonico. In progresso l' ambliopia può aumentare, ma in principio è quale fu detto sopra. A queste lesioni funzionali corrisponde un fondo oculare anatomicamente normale;

c) *Irregolarità nel decorso dell'ambliopia.* A un certo punto

l'ambliopia si arresta per qualche tempo; si verifica un miglioramento che ben presto si smentisce per poi riprodursi e così via. La sera i malati stanno meglio: egualmente la mattina;

d) *Forma dell'ambliopia.* Il disturbo della visione è occasionato da una specie di velo o di nebbia che ricuopre gli oggetti, e si presenta sotto vari aspetti dal bianco al grigio al violetto;

e) *Pervertimento della facoltà cromatica.* È carattere importante. Suole consistere più frequentemente nella mala apprezzazione dei colori composti che non sono nè franchi, nè saturi. Il verde bleu, il giallo verde, sono confusi col colore predominante o con il grigio. Ma qualche volta si giunge fino al punto che anche il colore più vivo (rosso scarlatto, bleu oltremare) non è riconosciuto;

f) *Contrasto morboso e successivo dei colori.* Sulla retina dell'alcoolista rimangono talvolta così persistenti le impressioni colorate da averne grave disturbo. Tale, che distingue bene tutti i colori presentatigli successivamente, se fissi un colore e poi ne guardi un altro senza prima essersi riposato, ovvero se ne guarda diversi contemporaneamente non apprezza più i diversi colori, ma o crede sempre di vedere il primo o solo il predominante;

g) *Confusione delle monete d'oro con quelle d'argento.* Ciò dipende dall' errore del colore e dal non potere apprezzare il peso per dato e fatto del tremore delle mani;

h) *Uguaglianza di lesione ne' due occhi.* Questo fatto è di molta importanza, perchè fa distinguere l'ambliopia alcoolica, dall'atrofia incipiente della papilla, nel qual caso un occhio è sempre più leso dell'altro;

i) *Diplopia e poliopia.* L' autore la crede prodotta dalla paresi del muscolo accomodatore avvenuta per l'intossicamento;

k) *Tremolio degli oggetti ed apparenze del loro avvicinarsi od allontanarsi nel momento delle fissazioni.* È ancora un fenomeno spiegabile secondo l'A. con la turbata funzione del muscolo ciliare;

l) *Dilatazione ed ineguaglianza delle pupille.* Le pupille sono quasi permanentemente in stato di dilatazione. Qualche volta sono irregolari.

m) *Assenza di lesioni oltalmoscopiche.* L'A. è d' accordo in questo con Desmarres. Ma se l' affezione diventa cronica e dura un tempo relativamente lungo, allora la papilla diviene anemica,

e la sua metà dalla parte della *macula* diviene perfettamente bianca, le arterie si fanno sottili, le vene divengono tortuose. Notasi anche una contrazione spasmodica delle arterie retiniche, che le invade più qua e più là e si traduce con la scomparsa di qualche ramo in vicinanza della papilla, che poi si vede dilatato alla periferia del campo di osservazione. Le vene si fanno varicose e sinuose. Ad un periodo più tardo si possono avere delle infiltrazioni sieriose perivascolari ed anche delle emorragie.

(*Continua*).

NOTIZIE

Il Ministro dell' Interno ha proibito al Signor Kunitz di esercitare la oftalmojatria in Livorno perchè non munito del diploma voluto dalla legge.

— La Società Tommasèo (per incoraggiamento all' istruzione de' ciechi) ha istituita una Commissione per lo studio della igiene dell' occhio e profilassia delle cecità. Ne fanno parte con il chiarissimo Prof. Paoli i signori Pardo, Simi e Turchini.

Corrispondenza.

Pregiatiss. Sig. Direttore del *Bollettino d' Oculistica*,

Da più di 20 anni io mi occupo della questione dell' esercizio illegale permesso ai medici stranieri in Italia. E finchè l' Italia era spezzata e debole, pur troppo bisognava subire la legge del più forte, e tollerare i medici stranieri che raccomandati ai vari Governi italiani dai loro rappresentanti inglesi, austriaci, francesi, russi e via discorrendo, la facevano da padroni, medicando a diritto e a rovescio italiani e stranieri, senza curarsi di altro, e senza aver l' incomodo di presentare neanche un pezzo di foglio che attestasse la loro vera o comprata capacità. Quando finalmente l' Italia diventò nazione unificandosi sotto lo scettro di un re magnanimo, sperai che le cose sarebber cambiate; e che facendo ri-

spettare i nostri diritti s' inibisse ai medici stranieri di esercitare anche solamente sui loro connazionali, se non avessero *con un esame,* dato prove della loro capacità. Però il disinganno fu grande quando il 6 settembre 1874 venne fuori il Regolamento sanitario che al N. 2120, serie 2ª, articolo 96, *concesse ai medici e chirurghi che hanno ottenuto il diploma di qualche Università, Scuola o Collegio di medicina all' estero, di potere esercitare presso i soli stranieri, purchè presentino il loro diploma all' autorità competente.* Come ella vede, fummo serviti proprio bene! Con un diploma che si può comprare o acquistare senza grandi studi, e con poca fatica, in America o in qualcuna delle piccole Università tedesche, chiunque può impunemente in Italia, incamminare *verso il viaggio che non ha ritorno,* non solo gli stranieri, ma anche gl' italiani; perchè essi pure per vezzo e per amore di novità, si fanno ben volentieri curare dai medici stranieri, senza che l'autorità competente se ne occupi punto, nè poco.

I rimedi proposti dall' *Imparziale* del 15 giugno sono molto belli, ma temo che non ci porteranno al resultato pratico desiderato, perchè si tornerà sempre, *onde evitare le frodi,* all' esame dei diplomi che anche oggi si fa col frutto che tutti sappiamo! Per me credo che sarebbe meglio di cambiare affatto l' Art. 96 del Regolamento sanitario e di *obbligare tutti i medici stranieri indistintamente a dare un esame di capacità,* come ha fatto la Repubblica francese. In tal guisa mi sembra che si eviterebbero tutti gl' inconvenienti giustamente lamentati, e che si arriverebbe alla mèta per la via la più corta e la più sicura. Le sarò obbligatissimo se avrà la gentilezza d' inserire la presente nel suo stimato giornale, però senza cappello e senza nota.

Suo Affezionatiss. Obbl. amico e collega
Dottor DEMETRIO BARGELLINI.

ERRATA-CORRIGE.

Pag. 141, lin. 15, grammi 500 leggasi: gocce 500.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno I. Firenze, 1° Agosto 1879. N. 12.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir poûr interprètes que des oracles.
(Geraud Teulon, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.

Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. Simi, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

LAVORI ORIGINALI

OSSERVAZIONI ANATOMICHE SOPRA ALCUNI CASI DI DISTACCO RETINIENO. — *Studii del Dottor* Alessandro Tafani.

(Continuaz. e fine, vedi N° 11).

Lo strato granuloso o molecolare, che al predetto fa seguito, era ben visibile in tutte le preparazioni anche se esaminate a piccoli ingrandimenti. Osservandolo poi con obiettivi forti era facile vedere come esso fosse composto di filamenti molto delicati, sotto svariatissimi angoli decussantisi ed intrecciati, fra cui decorrevano alcuni vasi capaci di contenere una sola fila di globuli sanguigni. Questo strato mostrava inoltre nel suo lato riguardante la coroide il semmento più profondo di alcune cellule cerebrali appartenenti all'altro delle esterne granulazioni. Dalla parte dell'umor vitreo apparivano in esso i prolungamenti protoplasmatici delle cellule proprie allo strato ganglionare e finalmente vi si notavano a traversarlo perpendicolarmente non poche fibre raggiate unite a fascetti e più grosse del consueto.

Le cellule cerebrali che vengono appresso non sembrava avessero risentite alterazioni molto notevoli, giacchè osservandole in diversi preparati, non potemmo vedere in esse alcun'altra modifi-

cazione tranne un leggero rimpicciolimento. Del resto si vedeva sempre benissimo il loro nucleo grande rotondo con un nucleolo, si vedeva che il loro protoplasma assai granuloso non era degenerato ed in alcuni punti si distinguevano dei prolungamenti dalle medesime derivanti e diretti non solo all'esterno, ma sivvero anche verso gli strati profondi, ossia fra le fibre nervose.

Queste ultime invece sembrava che avessero risentito un poco più dei processi morbosi, che in tale occhio eransi dovuti svolgere da un certo tempo. Infatti vi apparivano non solo moniliformi e tutte ripiene di vacuoli, ma erano scarse e fra loro vedevansi alcune granulose soltanto in certi punti. Ed oltre a ciò era facile osservar come gli elementi cellulari di questo strato fossero piuttosto in aumento, mentrè potea dirsi che la sua grossezza era invece scemata. Le fibre raggiate che lo traversavano mostravansi grosse, nastriformi ed a fascetti piuttosto serrati.

Lo strato dei piedi delle fibre raggiate di Müller era, ovunque lo si studiasse, più largo del consueto e formato da elementi fibrillari se non molto numerosi, certamente assai grossi. In questo vedeansi le predette fibre nastriformi formare dei fascetti compatti elegantissimi che dritti dritti volgeansi per gli strati più esterni verso la membrana dell'Hannover. Era possibile ancora scorgere come ciascuna di tali fibre potesse scindersi in più, e questo lo si osservava in prossimità dello strato di quelle nervose, ove talune di esse spiccandosi da un fascetto si rivolgevano per anastomizzarsi con altre dirette alla lor volta e provenienti dai fascetti contigui, formando le così dette arcate ad ombrello. Fra le medesime più qua e più là non pochi vasi scorrevano, e questi provvisti d'una parete molto più grossa di quanto solitamente suole osservarsi. Nè tali vasi avevano solo aumentate le loro pareti, ma altresì la loro capacità era discretamente ingrandita.

Della membrana limitante del Pacini non si riscontravano in alcun punto i caratteri fisiologici, essendo essa rimpiazzata da una strisciuola fatta da più fibre connettivali parallele. Queste fibre si trovavano ovunque serrate fra loro e davano impianto allo strato in precedenza descritto. Ugualmente erano poco manifeste le proprietà più rilevanti della yaloide, la quale nei molteplici preparati da me fatti appariva siccome uno strato discontinuo, non più formato da cellule esagonali, ma da pochi elementi che si riavvi-

cinavano piuttosto per molti dei loro caratteri alle cellule endoteliali. Erano infatti questi assai grandi, pianeggianti, dotati di protoplasma granuloso, però abbondante e provvisti di nucleo uguale nel maggior numero. Ma se la yaloide era così scarsamente rappresentata, la sostituivano invece in molti punti non poche cellule, le quali per i loro caratteri si presentavano tali da doversi ritenere siccome elementi mobili. Aveano questi protoplasma in discreta quantità, nucleo piccolo relativamente, rotondo e per lo più centrale. Il loro volume era pressochè uguale in tutte e la loro forma un poco variata, osservandosene alcune completamente rotonde, altre piriformi e talune anche d'aspetto quasi triangolare e multipolari. Tutte queste cellule rimanevano inalterate e rinchiuse nell'essudato granuloso compreso entro la retina, e rappresentante l'umor vitreo modificato. Alcune poche di esse aveano diverse granulazioni grassose nel loro seno, ma però più o meno piccole: non contenevano altro che un nucleo e si trovavano pressochè tutte in vicinanza della retina, non essendovene che rare sparse in mezzo al rimanente umor vitreo.

Riassumendo si può dire senza tema di errare che in questa retina distaccata le alterazioni maggiori esistevano negli strati più esterni. E difatti la membrana di Jacob era quella che poteva offrirci le alterazioni più importanti, avendo subita in quasi tutti i suoi elementi una degenerazione colloide. Lo strato delle granulazioni esterne era molto più alterato di quello interno; tantochè appariva che la membrana di Hannover con la sua continuità avesse fatto argine alla degenerazione colloide invadente. Non voglio dire con questo che gli strati più interni non fossero alterati, ma bramo far noto che questi a confronto degli altri offrivano alterazioni di minore importanza.

Osservazione 3ª — *Occhio estirpato perchè sede di dolori acutissimi e perchè minacciante un' oftalmia simpatica.* — Apparteneva esso ad una donna di 70 anni, la quale da 24 mesi circa avealo fortemente percosso contro lo spigolo d'un tavolino. Da quest' epoca le erano incominciati dei rari doloretti frontali in principio e poi anche il globo oculare stesso intercorrentemente erasene fatto sede. Questi accessi nevralgici intermittenti in principio, divennero sempre più gravi e più fitti e tanto da non dar pace alla povera inferma.

DV = 24 ½ millimetri
DT = 24 »
D AP = 25 »

Quest'occhio avendolo avuto appena estirpato, fu da me riposto nel liquore del Müller come si era nei precedenti casi praticato, usando prima però la cautela di togliere alcuni dei nervi ciliari per metterli ad indurire nella soluzione di acido osmico. Dopochè questi ultimi ebbero per venti ore circa soggiornato in tal reagente, avemmo cura di lavarli in acqua stillata e poi di separare le loro fibre più che fosse possibile le une dalle altre. Ciò fatto esaminammo di queste un numero grande e le vedemmo per la maggior parte integre. Però in taluni punti ne apparivano alcune nelle quali la mielina non era altrimenti disposta come di consueto si osserva, ma sivvero presentava chiuse le incisure di Schmidt e di Lantermann. Queste medesime fibre, che per numero erano certamente le meno, colorate poi con una soluzione di picro-carminio, o di carminio neutro, ci mostravano che due varietà di nuclei in esse erano accolti, vale a dire i nuclei del segmento inter-anulare e quelli di alcune cellule semoventi situate internamente alla guaina di Schwann. In molti punti, anche laddove rimanevano traccie delle strozzature di Ranvier, non era possibile distinguere chiaramente il cilindro dell'asse; di maniera che poteva dirsi con certezza aver le medesime soggiaciuto ad un processo di degenerazione. Le fibre di Remack, che in tali nervi si riscontrano, non vi apparivano degenerate, quantunque intorno ai loro nuclei esistesse una strisciuola più abbondante di protoplasma. Se tali erano le alterazioni di alcuni tubi nervosi, se ne riscontravano delle corrispondenti nel tessuto intra-lamellare ed intra-fascicolare. Questo infatti appariva formato da fibre delicatissime, ondulate, parallele fra loro e dirette nel senso stesso di quelle nervose, e si mostrava di tratto in tratto in mezzo a loro qualche cellula semovente carica o no di mielina mangiata. Questi ultimi elementi eran più grandi di quanto normalmente sogliono essere, e ciò in gran parte per essersi appropriata la mielina resultante dalla degenerazione dei tubi nervosi. È in virtù di queste cellule migratorie che quasi totalmente ha luogo, come ha descritto molto bene il Prof. Tizzoni (1), la de-

(1) Tizzoni. — *Patologia del tessuto nervoso.* — *Archivio delle scienze mediche.* Torino, Giugno 1878.

generazione delle fibre midollate e di Remack. Finalmente dirò che esaminando, come potei meglio, negli stessi nervi la guaina lamellosa non vi abbia trovate nei suoi differenti strati modificazioni di tessitura notevoli.

Venendo ora a studiare i molteplici cambiamenti che la membrana nervosa retiniena avea in tal caso sofferti, dirò come spaccando l'occhio alla maniera stessa degli altri casi, osservassi che la retina avea in due punti abbandonata la sua normale posizione allontanandosi dalle soprastanti membrane. Questi due distacchi retinieni però non aveano eguali caratteri, giacchè uno era della retina soltanto, e l'altro di questa membrana e della coroide. Di più, mentre fra quello formato dalle due membrane e la sclerotica si trovava un liquido coagulato di color marrone che riempiva completamente il vuoto resultante, non si riscontrava alcuno essudato fra la retina e la coroide nell'altro. All'interno della retina poi ed a rimpiazzare l'umor vitreo, poteasi vedere una sostanza coagulata, assai compatta, avente soltanto in qualche punto verso la papilla un aspetto fibroso e colorita in giallastro dal liquore di Müller. I due predetti distacchi retinieni si trovavano situati in luoghi apposti, ma però sui lati dell'occhio, tantochè la retina e la coroide si osservano sempre distese normalmente verso il fondo. Piacemi fino da questo istante avvertire come tali distacchi fossero tanto differenti per caratteri fra loro da dover ritenere che uno esistesse in vita e che l'altro fosse il prodotto dei reagenti impiegati. Reale era indubbiamente quello dovuto alla retina ed alla coroide, mentre l'altro a senso mio era il prodotto d'una trazione esercitata in gran parte dal vitreo coagulatosi sulla retina.

In questo caso infatti appariva vuoto lo spazio rimasto fra la retina e la coroide. L'esame fatto di tal membrana nervosa in punti diversi, in corrispondenza cioè dei due distacchi e sulle vicinanze della papilla, fu valevole a confortarmi in tale opinione. Le alterazioni gravissime che si riscontravano laddove la retina erasi distaccata insieme alla coroide, non corrispondevano per nulla alle altre riscontrate nel distacco opposto e nella retina circondante la papilla o formante la macula lutea.

Esaminiamo separatamente le condizioni diverse riscontrate su moltissime e felici preparazioni ottenute coi metodi più sopra descritti.

La retina appartenente al distacco maggiore, ossia quella che unitamente alla coroide aveva abbandonata la sclerotica, si può dire che non avesse un solo strato normale, essendo in essa alterate le cellule pigmentarie e la membrana di Jacob; essendo gli strati delle granulazioni ammalati per edema simile a quello dell' Iwanoff; mancando le cellule nervose ed essendo quasi totalmente trasformati gli strati più interni. Le cellule pigmentose, più che i loro caratteri di elementi cubici, aveano l'altro di cellule linfoidi rigonfie e cariche di granulazioni giallastre, e non costituivano più uno strato continuo e lineare, trovandosi alcune di loro in mezzo alla parte più interna dello strato di Jacob. Di questo poi non appariva più un solo elemento intatto, giacchè i bastoncelli erano completamente distrutti tanto nei loro articoli interni che esterni, ed i coni si riducevano alla parte interna, in alcuni punti granulosa per piccole particelle di sostanze grassose, ed in altri affetta da degenerazione colloide. Gli articoli o parti esterne dei coni, nonchè tutti i bastoncelli si erano ridotti in piccole goccie o granulazioni commiste alle altre cellule d'aspetto linfoide e pigmentate. Questi due strati che della loro primitiva ed elegante disposizione non conservan più nulla, si può dir francamente che nel caso nostro, ossia laddove la coroide avea seguita la retina nel suo distaccarsi, erano ridotti ad un solo, tale e tanta era la confusione nei residui dei diversi elementi.

La membrana limitante di Schultz, che ai predetti strati fa seguito, era ingrossata non poco, e di più non seguiva una linea uguale dovunque, presentandosi in alcuni punti più che in altri sollevata. Questo accadeva laddove, come vedremo qui appresso, si trovavano nello strato delle granulazioni esterne alcune cavità ripiene di un essudato finamente granuloso.

Le granulazioni esterne erano, come più sopra ho detto, alterate gravemente, poichè in molti punti vi si formavano alcune cavità, nelle quali era accolta una sostanza coagulata dai reattivi. Nei luoghi però, ove poteano riscontrarsi sempre tali elementi, essi apparivano molto più granulosi di quello che non si veda ordinariamente, e non era più possibile notare una differenza, se non se per la respettiva posizione, fra i grani dei coni e quelli dei bastoncelli. Tanto la membrana di Jacob che l'altra dell' Hannover si trovavano distanti fra loro più che in altri luoghi laddove esi-

stevano le cavità predette ripiene di essudato. Quest'ultime erano per grandezza molto differenti, poichè talune comprendevano tutto lo strato, mentre altre una parte soltanto.

La membrana dell'Hannover si rilevava nelle preparazioni più che per una linea a contorni marcati, per un insieme di filamenti compatti, fra cui distinguevansi alcuni nuclei di cellule endoteliali. Lo *stratum granulatum internum* a fronte dell'altro, di cui ho finito testè di parlare, era molto più piccolo e molto più scarsi gli elementi dei quali appariva composto. Infatti non mi fu possibile in esso riscontrare altro che cellule endoteliche provviste di una quantità discreta di protoplasma ed elementi granulari. Non potei ritrovarvi una sola cellula nervosa sul suo limite esterno. Fra le diverse cellule che vedeansi in tale strato si notavano benissimo alcune fibre raggiate in aumento per numero e per volume. Tali fibre quivi, come nelle parti più interne, erano nastriformi e provviste di cellule piane più o meno bene avvolte e situate a varie distanze. Nei vacui lasciati liberi era accolto un essudato granuloso e come altrove coagulato.

Dello strato molecolare non appariva altro che una traccia, e questa discopriasi sotto l'apparenza di una listerella assai sottile, formata da molti filimenti in vario senso intrecciati, e traversata perpendicolarmente dalle fibre raggiate di Müller. Le cellule gangliari si può dire che mancassero quasi affatto, poichè di queste non rimaneano gli avanzi altrochè più qua e più là, rappresentati da un grosso nucleo aggrinzito e contornato da protoplasma molto scarso e carico di granulazioni grassose. I vacui però, ove le medesime doveano essere normalmente allogate, persistevano tuttora, ma ripieni o da essudato oppure in alcuni punti da piccole cellule con nucleo rotondo contornato d' un' aureola di protoplasma, nel maggior numero dei casi molto sottile.

Gli elementi dello strato successivo mancavano assolutamente non essendomi riuscito riscontrare una sola fibra conservante qualche carattere di quelle pallide ancorchè degenerate. Ma se queste erano scomparse si trovavano in loro vece alcuni rami laterali provenienti dalle fibre raggiate di Müller ipertrofiche. In una parola, mentre negli strati più interni di questa retina erasi distrutto tutto ciò che si riferiva a sistema nervoso, vi avea preso non comune sviluppo il sistema connettivo o nevroglia. Fi-

nalmente, per riguardo alla retina spettante al distacco maggiore seguito dalla coroide, dirò come la membrana del Pacini vi esistesse ingrossata e d'aspetto fibroso e come quivi non fosse possibile riscontrare integro ed in posto un solo elemento esagonale della ialoide.

La retina che apparteneva al precedente distaccò, come l'altra che si riscontrava nelle parti in cui era rimasta normalmente distesa sulle membrane sottoposte, avea pure subìte alcune modificazioni, ma in confronto erano queste molto meno importanti. In tal caso essa potea dividersi verticalmente in due parti, in una più esterna, situata cioè all'infuori della membrana dell'Hannover, ed in un'altra più interna, comprendente gli strati *granulatum internum*, molecolare, delle cellule e fibre nervose, ecc. Nella prima le modificazioni di tessitura erano assai lievi, poichè in essa rimanevano le granulazioni interne pressochè integre, la membrana di Schultz lievemente più scura del consueto, e lo strato di Jacob vi persisteva con la maggior parte dei suoi elementi. Che anzi io posso, senza tema di errore affermare che le uniche alterazioni in tale strato osservate erano quelle derivanti dall'uso dei reagenti. E come questa in buone condizioni apparivano le contigue cellule pigmentate, le quali conservavano sempre la loro forma cubica ed accoglievano molte granulazioni scure nelle parti loro più interne, vale a dire in corrispondenza delle frangie od appendici membraniformi, che ricevono gli articoli esterni dei coni e dei bastoncelli.

I vasi sanguigni in tal porzione esterna non erano affatto visibili, mentre nell'altra interna se ne vedevano taluni perfino a contatto della membrana dell'Hannover. In questa erano alterati gli strati nervosi di preferenza, vale a dire quelli delle fibre e cellule cerebrali. Queste ultime, quantunque più leggermente delle altre del primo caso modificate, pure erano più granulose del consueto, ed aveano perduta in parte la loro forma, essendo divenute angolose e più piccole: le fibre poi tuttora visibilissime e dovunque aveano preso quasi da per tutto un aspetto moniliforme, e si vedevano non solo alcuni dei loro nuclei provvisti di maggior quantità di protoplasma all'intorno, ma apparivano in mezzo ad esse ancora alcune poche cellule semoventi cariche di granulazioni grassose. Gli altri strati connettivali in-

vece erano molto meno alterati, consistendo le loro modificazioni soltanto nell'esservi molto più visibili i nuclei, e nell'essere in aumento il protoplasma delle cellule pianeggianti, che si riscontrano avvolte alle fibre di Müller specialmente in corrispondenza dello strato delle interne granulazioni e dei loro piedi a cofine con la membràna limitante del Pacini. Quest' ultima membrana rimaneva sempre in posto sopra tutti i preparati ed avea un aspetto fibroso in senso longitudinale, e mancava dovunque della ialoide conservante i suoi caratteri di rivestimento continuo fatto da cellule esagonali.

Dalla descrizione fino a qui riportata sembrami apparire ad evidenza dimostrato che i due distacchi retinieni erano di natura diversa, essendo il primo indubbiamente avvenuto durante la vita, mentre il secondo potea considerarsi quale un effetto dei reagenti d' indurimento. Nel primo si sono infatti riscontrate alterazioni multiple, speciali e gravi, mentre nell' altro abbiamo veduto che queste erano ben poche e comuni a tutte le altre che nella rimanente retina poteano osservarsi. Nel distacco maggiore, che veniva seguito dalla coroide, si trovava una sostanza coagulata fra quest'ultima membrana e la sclerotica, sostanza che accuratamente esaminata mostravasi composta di fibrina, di globuli rossi e di non pochi globuli bianchi carichi di granulazioni grassose e pigmentarie. In mezzo a questa sostanza fatta per la massima parte da sangue stravasato ed alterato si poterono riscontrare alcuni fascetti dei nervi ciliari. Percorrevano questi tal cavità avventizia diagonalmente diretti dall' indietro in avanti e vi aveano subiti importanti cambiamenti. Alcuni erano degenerati come gli altri più sopra descritti, mentre i meno sembravano non aver peranco sofferte rilevanti alterazioni. Il tessuto connettivo di questi nervi sopra tutto era aumentato, e specialmente quello peri-fascicolare: nella guaina lamellosa non era possibile riscontrare qualche diversità, e ciò in gran parte perchè, essendo piccoli i fascetti, male si potevano maneggiare per disgregarne i differenti strati dello inviluppo. Nel distacco più piccolo, situato a fronte dell' altro e fatto dalla sola retina, non si trovò nell' atto in cui venne aperto l'occhio, alcuna sostanza coagulata fra tal membrana nervosa e la coroide, ma vi si trovò soltanto del liquore di Müller. Tal fatto, unitamente agli altri, di non avervi riscontrate cioè gravi e speciali altera-

zioni, di non avervi trovata traccia di sostanza coagulata o presso la coroide o presso lo strato di Jacob anco nell'esame microscopico, e finalmente di non avervi riscontrata la presenza di alcuno elemento dissimile a quelli dei due strati predetti, mi ha confermato nell'emesso giudizio. Se poi a tutto questo aggiungasi che l'umor vitreo era modificato ed in gran parte composto da una sostanza albuminosa e perciò capace, riducendosi di volume, di produrre un distacco retinieno cadaverico per attrazione, si potrà anche meglio vedere la giustezza di tale opinione; tanto più che essendo cresciuti i rapporti d'intimità fra la retina e l'umor vitreo, essa era costretta a seguire in parte le modificazioni subìte da questo.

Ciò detto, per terminare l'esposizione dei resultamenti ottenuti dall'indagine microscopica di questo caso, parlerò soltanto delle modificazioni riscontrate nell'intima tessitura della papilla e dell'umor vitreo. Nella prima dirò in poche parole che i cambiamenti si riferivano all'aumento della nevroglia, alla sua escavazione che era molto più ampia e profonda ed alla aumentata capacità dei suoi vasi. Relativamente al secondo è mestieri spendere poche parole più, per far conoscere come esso resultasse d'una sostanza coagulata amorfa nelle parti più periferiche, mentrechè si notava un tessuto connettivo fibroso nelle parti centrali. Quest'ultimo procedeva invadendo l'umor vitreo dal fondo dell'occhio verso il cristallino, e prendeva nascimento dal connettivo che di consueto si trova a riempire e ad accogliere i vasi nella fossa centrale della papilla. Quivi un tale sprone di connettivo fibroso, avente una forma conica, posava la sua base abbastanza larga, e ciò era possibile, atteso lo allargamento non piccolo della *fovea* predetta. In questo sprone connettivale riscontravansi delle cellule ed una sostanza interposta finissimamente fibrillare. L'elemento cellulare era rappresentato da cellule semoventi abbastanza grandi, perchè ricche di protoplasma, e da cellule pianeggianti le più voluminose che io abbia vedute. Eran queste ultime per lo più accartocciate incompletamente sui fascetti fibrillari della sostanza interposta, ai quali formavano un rivestimento discontinuo. Talune poi si trovavano belle e spiegate, immense e sottilissime, con protoplasma appena appena granuloso e con margini frastagliati, da cui partivansi dei lembi assai lunghi e che in taluni punti andavano a toccare i corrispondenti di cellule simili più o meno vicine. Era possibile di stabilire che il

nucleo voluminoso tanto quanto alcune grosse cellule semoventi situate in vicinanza, faceva sporgenza al di fuori del protoplasma laminare, e ciò appunto appariva laddove alcune di tali cellule vedevansi disposte per taglio. Il loro nucleo era nucleolato ed avea contorni appena appena visibili.

Un altro fatto importante, e che in tutta la sua evidenza appariva alla base di questo cono, era quello della formazione dei nuovi vasi per mezzo delle immense cellule endoteliali ora ora descritte. Quivi infatti talune di queste cellule immense e sottilissime accartocciate sopra loro stesse andavano a raggiungerne altre similmente disposte. Alcune di queste erano in un senso ed altre in altro rivolte, tantochè dalla loro combinazione resultavano alcune aree poligonali. Il più bel fatto a vedersi era poi il riscontrare in seno ad alcuna di tali cellule così foggiate, due o tre globuli rossi, uno dopo l'altro disposti. Andando poi a cercare nelle vicinanze di queste ultime si trovavano alcuni capillari fatti da più cellule endoteliali e si vedeva che i vasi neoformati avevano con questi rapporto e che da questi passavano in essi i globuli rossi.

Questo connettivo si avanzava in mezzo alla massa dell'umor vitreo degenerato mandando innanzi a sè alcuni sproni di sostanza fibrillare presso cui erano elementi mobili e qualche cellula pianeggiante assai piccola. Nell'essudato finalmente posto fuori del cono connettivale si trovavano, in mezzo ad una sostanza granulosa racchiusi, non pochi elementi bianchi, alcuni dei quali aveano nel loro seno diversi globuli rossi.

In fine, terminando questa relazione, piacemi fin d'ora far noto che, quantunque abbia sperimentalmente cercato sui conigli e sulle cavie riprodurre dei distacchi di retina ed in modo speciale quelli per attrazione, non ho ottenuti resultamenti completi. E ciò mi è accaduto tanto quando ho provocata la semplice fuoriuscita del vitreo, tanto quando, dopo aver dato esito a parte di questo, ho spinto a rimpiazzarlo una soluzione di cloruro di sodio, e tanto quando con altri mezzi ho voluto ottenere la fluidificazione dell'umor vitreo medesimo. Nel maggior numero dei casi nei quali otteneva qualche parziale resultamento, mi rimaneva a vedere se nella retina non vi si fossero prodotte delle lacerazioni e per queste il liquido non si fosse portato fra essa e la coroide distaccandola.

La facilità grande per cui in tali animali sopravviene una retinite parenchimattosa acuta e per conseguenza il successivo rammollimento di questa membrana, è stato l'ostacolo maggiore per il buon esito dei miei esperimenti. Praticando infatti nell' umor vitreo delle iniezioni di mielina emulsionata in una soluzione di cloruro sodico, e dopo 8 giorni circa andando ad esaminar l'occhio trattandolo con acido osmico, ho trovato molte cellule semoventi cariche di mielina e molte goccie di questa passate oltre la retina in alcuni punti situati lateralmente, ed in cui tal membrana erasi gravemente ammalata, mentre i medesimi elementi eransi fermati alla membrana limitànte interna, nei punti ove la retinite parenchimatosa era più lieve. E notisi il fatto che la mielina riscontrata non poteva provenire dalle fibre midollate, che trovansi al fondo dell' occhio nei conigli, poichè queste erano ad un primo periodo di degenerazione, conservavano sempre molta mielina e poi perchè intorno ad esse non si riscontravano che poche cellule semoventi che ne contenessero.

Questi studii ed esperimenti riusciti infruttuosi per il momento e per la produzione dei distacchi retinieni, serviranno meglio in seguito per descrivere le modificazioni che accadono nella retinite parenchimatosa.

RIVISTE

1. **Ambliopie ed amaurosi tossiche.** — (Libro del signor Galezowski).

(Continuazione, V. pag. 161).

II. Ambliopie nicotiniche. — Secondo l' A. le forme dell' Ambliopia nicotinica non sono sempre le stesse, e per questo trova necessario di esaminarne distintamente le varietà:

1° Ambliopia nicotinica binoculare. È la più comune e quella generalmente descritta. È identica a quella alcoolica, con la quale molto spesso viene confusa; tanto più che i fumatori essendo spesso anche abusatori di alcool ammalano per una forma di ambliopia che direbbesi *mista,* cioè dovuta ad ambedue gli agenti

tossici. Ciò nullameno Galezowski ha trovato sette volte questa forma d' ambliopia esclusivamente dovuta all' abuso del tabacco. Egli crede che non si possa venir a capo di distinguere se l' ambliopia debbasi prevalentemente e più tosto al nicotismo od all'alcoolismo, quantunque per le cognizioni che abbiamo sull'azione fisiologica delle due sostanze, possiamo aspettarci nel nicotismo la *miosis* e nell' alcoolismo la *midriasis*.

Eccone la sintomatologia:

a) *Diminuzione della vista da lungi*, per cagione di una nebbia che aumenta soprattutto *la sera*; mentre nell' alcoolismo in quell'ora gli ammalati vedono meglio.

b) *Pervertimento della facoltà cromatica*. Consiste in apparizioni luminose come se gli oggetti fossero rischiarati dai fuochi del Bengala (crupsie). Ed il fenomeno può esservi quando l'ambliopia non sia anche determinata.

c) *Infievolimento della vista*. Non segue sempre un andamento regolare come nell' ambliopia alcoolica, e si trovano a questo riguardo rilevantissime differenze fra un malato e l'altro: ma campeggia il fatto di una prontissima depressione della facoltà visiva, ed un egualmente pronto rialzamento, se l' infermo si astenga dal tabacco.

E l' A. a questo riguardo dice esplicitamente « *l' astensione la più assoluta* » e la considera condizione *sine qua non* della guarigione.

2° Ambliopia monoculare con scotoma centrale.

In questa forma l' ambliopia comincierebbe da uno scotoma centrale con continuo abbassamento della vista e progressivo ingrandimento dello scotoma fino a totale estinzione del campo visivo. E questo si rileva dal caso riportato dall' A. il qual caso fu seguito da guarigione completa dopo l' astensione assoluta dal tabacco.

III. Ambliopia morfinica. — Per l' abuso dell' oppio e dei suoi principii attivi, non solo si verificano delle lesioni di funzionalità retinica, ma sono da notarsi anche quelle dello stato delle pupille (miosis) e della pelle palpebrale (eczema per azione immediata dell' oppio e della morfina).

Dopo l' uso smodato dei narcotici somministrato a scopo terapeutico si osservano gravi disturbi da parte della vista.

Galezowski riporta la storia di un medico, il quale da 15 mesi prendeva 2 o 3 grammi d'oppio al giorno per vincere una fortissima diarrea. Ma era anche fumatore (30 grammi di tabacco al giorno).

Costui lamentava molto diminuita la vista e diceva che guardando degli oggetti lontani li vedeva deformati, allungati, contorti e come se danzassero avanti a lui. Ciò gli impediva perfino di camminare. Il leggere e lo scrivere era divenuta cosa impossibile. Gli occhi avevano una leggera iniezione sclerale, soffrivano un po' di fotofobia, ma non offrivan altro di particolare. Esaminatane la funzione, si trovava molto migliore di quanto era detto dall'infermo, perchè egli leggeva i caratteri N. 3; ma ciò accadeva soltanto per poche lettere. Tosto cominciava il tremolio della vista e questo obbligava l'infermo a chiudere gli occhi e riposarsi. — Il rosso carminio era confuso con il giallo.

All'esame ottalmoscopico nessuna lesione. Dunque? l'A. conclude per ammettere una contrazione spasmodica ed irregolare del muscolo accomodatore che faccia contrarre e dilatare la pupilla ed il muscolo accomodatore.

Ci offre anche l'istoria di un altro medico che affetto da grave nevralgia del 5° prendeva da molti anni delle forti dosi d'oppio progressivamente crescenti. Ora a costui avvennero dei disturbi visivi. Egli lamentava una nebbia che gli nascondeva tutti gli oggetti, ed era tormentato da fotofobia, per quanto usando occhiali da presbite potesse leggere il carattere N. 2 della scala. Confondeva il rosso con il giallo arancio. Ma era caratteristico che appena fissava un oggetto, lo vedeva danzare e contorcersi come accadeva all'altro ammalato.

Avendo cessato l'uso dell'oppio dopo meno di due anni aveva recuperata la sua vista normale.

Quanto alla miosis, l'A. non parla di quella transitoria che si verifica sempre sotto l'uso degli oppiacei, ma di una forma persistente, che, non si vince definitivamente nemmeno con l'atropina, e per scongiurarla necessita che si ottenga un miglioramento nelle condizioni generali.

Che la pelle di alcuni individui non tolleri l'oppio sotto qualunque forma sia amministrato è ormai messo in chiaro per moltissime osservazioni. L'A. ha più volte constatato questo fatto sul quale aveva richiamata la sua attenzione Naël Gueneu de

Mussy. Si tratterebbe di una specie di idiosincrasia che l'A. avrebbe incontrato più di 10 volte. *(Continua.)*

2. **Un caso di anopsia congenita,** del D.[r] S. Sortina, (*Movim. med. chirurg.*, 1879, fasc. 10.

L' A. ne osservò un caso recente a Palermo in un bambino di sei giorni che era nato con gli occhi chiusi, e che gli fu portato come un caso di anchiloblefaron. Infatti, siccome il paziente aveva molto sviluppato il tessuto cellulo adiposo delle volte orbitarie, mentre le palpebre erano introflesse facevano pure quasi quella giusta protuberanza che è dovuta normalmente alla presenza del globo oculare. Ed un po' di anchiloblefaron veramente esisteva; ma parziale e verso la codetta, riducendo la rima palpebrale non più lunga di un centimetro. Gli orli palpebrali con i loro peli erano rovesciati nel cavo orbitario e riempivano il vuoto lasciato dalla mancanza dell' occhio; ma l' osservatore potè estrofletterli e lasciarne libera l'orbita. Allora egli vide la congiuntiva portarsi con la sua porzione riflessa nel centro dell'orbita, ed ivi ripiegarsi originando come una specie di piccolo moncone, quale avviene dopo la enucleazione del bulbo oculare. La cavità congiuntivale era piena di umor lacrimale giallo-verdastro; ma di globo oculare non si aveva alcun vestigio.

L'arco orbitario del frontale meno curvo del consueto, incontrava l'arco del mascellare superiore sotto un angolo acuto di 20° con l' apice all' esterno. Il diametro verticale della base dell' orbita, preso nel mezzo dell' arco del frontale, era circa 1 centimetro.

Le ossa nasali erano molto sviluppate e divaricate. La rima labiale obliqua leggermente dall'alto in basso e da sinistra a destra. Il labbro inferiore rientrato nella metà sinistra, sporgeva nell'altro. Il labbro superiore sporgeva sull' inferiore. La muccosa faciale offriva lievi erosioni epiteliali.

I diametri del capo erano normalmente sviluppati. La fontanella posteriore mostrava l'aspetto di una piaga in forma di cuore, che misurava 3 centim. nel diametro antero-posteriore, 2 1|2 nel trasversale; su questo tratto mancava il cuoio capelluto che dagli orli si vedeva progredire verso il centro, ove erasi iniziato un tessuto cicatriziale, invadente la periferia. L' aspetto della fontanella era di un muscolo sottoposto all'azione prolungata del freddo. Segregava del siero giallo verdastro in pochissima quantità.

Un appendice o dito rudimentario, piriforme, si attaccava sul lato esterno del 1|3 superiore della falange del mignolo di ambedue le mani, per mezzo di un penducolo formato di una piega cutanea.

A ventisei giorni morì, ma non ne fu permessa l'autopsia.

I genitori erano giovani, forti e robusti. La madre partorì sei figli benissimo conformati. Si nota che la madre gestante di 2 mesi aveva preso parte ad una scena di sangue, nella quale rimasero feriti il marito, il cognato ed il padre.

FORMULARIO.

Pomata astringente da usare nelle congiuntiviti croniche.

Pr. Tannato di piombo . . . . . 1 grammo
Vaselina . . . . 10 grammi

fai pomata da introdurre quanto un chicco di grano fra le palpebre ogni 24 ore.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

LAFITTE. — *De la Keratite parenchimateuse.*

LEVRIER. — *Des accidents oculaires dans les fièvres intermittentes.*

KWIATKOWSKI. — *Étude générale sur les affections oculaires diabétiques.*

FOXONET. — *Étude sur la conjonctivite granuleuse.*

WECKER. — *Chirurgie oculaire.*

PANAS. — *Anatomie pathologique de l' œil.*

FIENZAL. — *Clinique de l'Hospice des quinze-vingt.*

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*
Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Firenze, 9 Settembre 1879.

Supplemento al N. 12, Anno I.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprètes que des oracles.

(Geraud-Teulon, *L'Œil*).

RIUNIONE PERIODICA

DELL'ASSOCIAZIONE OFTALMOLOGICA ITALIANA

3ª Sessione

RIUNIONE IN NAPOLI

1, 2, 3, 4 Settembre 1879.

Soci presenti: Prof. **Albini** (Napoli). — Prof. **Businelli** (Roma). — Prof. **Castorani** (Napoli). — Dott. **Cadei** (Brescia). — Dott. **Conti D.** (Napoli). — Dott. **D'Amora** (Napoli) — Dott. **De Luca** (Napoli). — Dott. **Del Monte Michele** (Napoli). — Professore **De Vincentiis** (Palermo). — Prof. **Gradenigo** (Padova) — Dott. **Marchisio** (Iglesias). — Dott. **Mastrocinque** (Napoli). — Dott. **Moyne Giuseppe** (Napoli). — Dott. **Morano** (Napoli). — Dott **Novi** (Napoli). — Prof. **Ponti** (Modena). — Dott **Rosmini** (Milano) — Dott. **Simi** (Firenze). — Dott. **Scellengo** (Roma). — Dott. **Velardi** (Napoli).

PRIMA ADUNANZA

1° settembre 1879 (seduta ant.)

Presidenza del prof. Castorani, *presid. del Comitato esecutivo.*

Il prof. Castorani saluta i convenuti e con nobili ed adeguate parole ricorda l'origine e dice del progresso dell'Associazione.

Il Dr. Morano (segretario) rende conto del perchè nell'anno passato l'Associazione non tenne adunanza, e dice; ciò essere avvenuto avendo molti soci mostrato desiderio di recarsi in quel tempo all'Esposizione universale in Parigi.

Il Dr. Velardi (tesoriere) si dichiara pronto ad esporre la situazione finanziaria dell'Associazione: ma l'Adunanza ritenendo che, alcuni soci non essendo anche arrivati in Napoli, non si possa chiudere la partita della *entrata*, ne lo dispensa, e riserbasi l'esame del bilancio alla fine della sessione.

Castorani (presidente) annunzia che il prof. Quaglino, impedito per ragioni di salute a prender parte alla riunione, manda cordiali saluti ai colleghi e si scusa per lettera, di cui si dà lettura.

Moyne (vice-presidente). — Propone sia scritto una lettera a Quaglino, e per provargli il dispiacere di non averlo all'adunanza e per esprimergli il generale desiderio che cessino presto i motivi della sua astensione.

La proposta Moyne è approvata all'unanimità.

Dopo ciò il Presidente annunzia che si deve passare alla nomina del Seggio definitivo.

Simi. — Propone che si riconfermi totalmente il Seggio provvisorio. È approvato.

Gradenigo. — Propone che al Seggio venga aggiunto il prof. Del Monte, come vice-presidente onorario, in vista e dei suoi meriti scientifici e della sua qualità di direttore di uno dei migliori giornali medici italiani.

La proposta Gradenigo è accettata all'unanimità.

Si passa alla discussione del 1° quesito scritto nell'ordine del giorno (Vedi *Bollettino*, anno I, pag. 68).

Morano. — Ha preparato uno scritto sulla etiologia del distacco retinico, e di questo ne legge una porzione nella quale sono riportate le opinioni dominanti sull'argomento, e ne riassume verbalmente un'altra parte, concludendo che secondo lui, il distacco della retina, è l'effetto di un processo flogistico, e più specialmente della sclero coroiditide posteriore. Da ciò conclude che la cura razionale del distacco retinico è quella della coroiditide.

Businelli si oppone a Morano, perchè nel maggior numero dei casi osservati da lui non potè riscontrare la ectasia. Ei non ammette che il distacco retinico debba riguardarsi sempre come consecutivo alla flogosi della coroide, perchè vi si oppone l'osservazione di quei casi nei quali il distacco fu subitaneo, e nei quali, per conseguente, mancò il tempo perchè si costituisse la flogosi e se ne svolgessero i suoi effetti. Ne trae la conseguenza naturale che la cura chiamata da Morano *razionale* non lo è minimamente.

Rosmini. — Fondandosi sopra una sua osservazione relativa ad un distacco retinico per causa traumatica diretta, senza lesione apparente del bulbo, e che guariva col semplice riposo e posizione orizzontale dell'ammalato, contraddice alle idee di Morano. Fa per altro notare che egli pure adoperò dei revulsivi e specialmente l'iniezione sottocutanea di calomelanos.

Gradenigo. — Vedendo che la discussione si prolunga un poco troppo, fa riflettere che noi sappiamo non potersi assegnare al distacco retinico una causa unica, e per ciò non possiamo assegnarle un' unica terapia.

Del Monte. — Crede doversi associare a Morano quando dice che le più delle volte il distacco della retina è consociato alla coroiditide. Ma siccome vi sono molti casi di coroiditide che non producono distacco di retina, così non crede che le lesioni coroidali siano la cagione prima del distacco della retina. Dice che potremmo ammettere una edemazia della retina, per la quale la retina stessa rigonfiandosi verrebbe a scorciare, subirebbe una specie di aggrinzamento e per conseguente si distaccherebbe. Quindi si formerebbe il versamento che noi dovremmo considerare come un semplice effetto del distacco e non come la cagione. Ma tutto ciò il Del Monte l'offre come una ipotesi e nulla più. E quanto alla terapia egli si trova condotto a conclusioni opposte a quelle di Morano; e mentre questi consiglia il sanguisugio egli lo teme come capace di determinare il distacco stesso. Passando a dire della idrodictiotomia del prof. Secondi, volendola giudicare dai resultati clinici, non può esserle favorevole. Non ha maggior fiducia nella utilità della pilocarpina, ed in conseguenza dichiara che il distacco retinico, una volta accaduto, secondo ei pensa, è incurabile.

Albini. — Non ammette la teoria o la ipotesi del Del Monte, perchè secondo lui non è possibile aggrinzamento di retina, se il vitreo non diminuisca di quantità e quindi non faccia scemare la sua pressione.

Del Monte. — Replica che non esclude il rammollimento del vitreo, ma poichè questo rammollimento può aversi senza che s'incontri distacco retinico non può considerarlo come fatto essenziale; e per lui bisogna che sopravvenga l'edema retinico.

Gradenigo. — Non divide l'opinione di Del Monte per diverse ra-

gioni: 1° Non vi è distacco senza diminuzione di tensione oculare, onde può dirsi: nel distacco il vitreo è sempre ammalato; 2° In tutti gli edemi della retina, e specialmente nel più grande, come nel caso di embolia, non si osserva distacco; 3° Nella retinite sierosa non vi è mai distacco: Potrebbe essere che Del Monte equivocasse con quella che Wecker chiamò retinite cistoide?

Cadei. — Si oppone alle idee del Del Monte. Come sostenere la teoria dell'aggrinzamento quando il distacco è grande e prende la forma del convolvolo?

Gradenigo. — Ritornando alla cura, dice avere avuti buoni risultati dal metodo antiflogistico, ma altresì dalla terapeutica chirurgica, che approva e raccomanda per dissipare dei timori non giustificati.

Castorani. — Crede la causa ordinaria del distacco sia la flogosi.

Morano. — Combatte le idee di Del Monte e poi dice che non esclude la terapeutica chirurgica.

De Vincentiis. — Prende la parola per dire di una osservazione anatomica interessante. Egli, in un cadavere, trovò un distacco al polo posteriore, con spessore della retina raddoppiato. Il vitreo era duro. Alla osservazione istologica, non trovò fatti di flogosi nè nella coroide nè nell'iride. Nella retina erano alterazioni nei bastoncelli e nei coni, perchè ivi era una massa colloide. Fra retina e coroide era un essudato coagulato. Altro essudato era fra la retina ed il vitreo e costituiva una massa con reticolo fibrinoso ed elementi colloidei. La retina era quasi normale, con gli elementi disgregati. Le cellule ganglionari erano bellissime.

Pare che il processo clinico deponesse pel fatto flogistico.

La seduta antimeridiana è chiusa.

SECONDA ADUNANZA

1° Settembre 1879 (seduta pom.)

Presidenza Castorani.

Businelli. — Prende la parola per parlare di un caso di blefaroplastica, praticata mercè un lembo a doppia base e perciò detta a ponte. È una applicazione della cheiloplastica del Prof. Baroni.

L' utilità del metodo sta in questo; il lembo non corre pericolo

di mortificazione, e la cicatrice, sul luogo ove fu preso il lembo, è piccola e non deforme, stante l' avvicinamento degli orli della perdita di sostanza che può farsi quando recidesi il lembo dopo la sua adesione. Presenta alcune figure fotografiche, *senza ritocco,* le quali mostrano che nel caso tal qual era quello del Businelli, il metodo aveva dato un resultato soddisfacente. L'operazione fu già praticata il 4 Gennaio 1877: il resultato non fu smentito. Ecco l'operazione.

Palpebra superiorie — 1° tempo: egli preparò il terreno, distaccando la palpebra, sdoppiandola, conservando integro il tendine dello elevatore della palpebra; 2° tempo: egli preparò il lembo sulla fronte, tenendolo molto sottile nel centro e molto denso alle due radici e lo immise nella perdita di sostanza e ve lo fissò. Al 7° giorno recise il ponte, poichè la palpebra era restaurata, e si occupò della piaga frontale, che diminuita per avvicinamento dei peduncoli residui del ponte, e medicata con un po' di nitrato d'argento, guarì con prontezza e con cicatrice non deforme.

Sei settimane dopo corresse l' ectropion della palpebra inferiore col metodo a Y; ma ne ebbe mortificazione dell'apice del lembo.

Allora in un secondo caso restaurò la palpebra inferiore con un lembo a ponte che fece nella guancia.

Gradenigo. — Non divide tutte le idee di Businelli, e comincia per ricordare una importantissima distinzione dei casi, cioè di restaurazione della cute palpebrale, o della palpebra intera. È evidente che una palpebra noi non possiamo rifarla, quindi in tal caso l' unica risorsa è la sostituzione della palpebra inferiore; la cui presenza è « di lusso », alla superiore che è necessaria. Ma quando trattasi di rifare la pelle palpebrale allora la difficoltà è nell'aver una pelle assai sottile, poichè forse soltanto quella del prepuzio somiglia. Ora la pelle della fronte è troppo grossa, e quindi il metodo del Businelli per questo lato è peggiore di quello di Frick, che adopera la pelle temporale.

Albini. — Prende la parola per fare alcune interrogazioni al Gradenigo, poichè non è troppo persuaso della sostituzione delle palpebre. Vuol sapere che cosa avviene delle glandule di Meibomio, che cosa accade per la mancanza del dutto lacrimale inferiore, e non vuol menar buona l'opinione di Gradenigo, quella che la palpebra inferiore abbia poca importanza; perchè se Gradenigo ha

fatte esperienze sui conigli, conviene riflettere che questi delle palpebre ne hanno 3. Ma Gradenigo gli risponde con l'osservazione clinica nell' uomo.

Del Monte. — Rientra nella questione, cioè nello studio del metodo di Businelli, e lo dichiara un perfezionamento del metodo di Frick; nè vuole preoccuparsi della grossezza del lembo; perchè tale inconveniente va sempre diminuendo col tempo.

Morano. — Presenta un preparato atto a dimostrare *gli stomi della capsula del cristallino.* È un preparato elegantissimo, ove negli spazi esistenti fra le cellule esagonali capsulari si veggono questi stomi.

La seduta è levata.

TERZA ADUNANZA

2 Settembre 1879 (seduta ant.)

Presidenza Castorani.

Il Segretario legge il processo verbale dell' Adunanza precedente, che resta approvato.

Il Presidente annunzia che si dovrà leggere una memoria del signor L. De Wecker sulla iridotomia, sulla iridectomia ed iridodialis.

Da alcuni viene osservato che il Wecker non appartiene all'Associazione e che a' termini dello Statuto non se ne potrebbe leggere il lavoro. Altri osserva che lo Statuto non si oppone perchè, se il Wecker non è socio, lo è il Prof. Quaglino che si è fatto presentatore di detto lavoro. Altri finalmente riguardando il lavoro del Wecker come un omaggio fatto all'Associazione, reputa che non solo si debba leggere, ma se ne debba ringraziare l' autore.

La lettura è ammessa all'unanimità.

Il socio Velardi per incarico del Presidente legge il lavoro di Wecker; ma perchè legge non ci permette di apprender note quante vorremmo. Ciò nulla meno ecco il sunto:

« Siccome il successo della iritomia riposa tutto sulle condizioni di contrattilità dell' iride sulla quale deve cadere; onde il resultato manca quando il tessuto è alterato per profondo processo di flogosi, o l'iride è totalmente adesa per essudato sottoirideo; ne segue che l' iritomia semplice non può servire che in un certo numero di

casi. Ora per gli altri casi si dovrebbe riserbare ancora alcuno degli antichi metodi, e specialmente la iridorexis di Desmarres?

« Quando si tratti di chiusura dell' apertura pupillare con forte propulsione dell' iride, con adesioni che la tirino innanzi e verso la cornea, si può fare l'apertura della cornea come viene descritto nel metodo primitivo incidendo contemporaneamente l' iride. Consecutivamente si può, usando la pinsette-forbici, escidere un pezzo d' iride e praticare una iridectomia.

« Ma nel caso nel quale non si abbia che un piccolo campo d' operazione; allora si può tagliare la cornea nel centro e di quivi entrare nella camera anteriore; con due tagli come due raggi incidere l' iride, e poscia attrarla e distaccarla dal cerchio ciliare. Con questo modo di fare, si ottiene una iridodialisis con un traumatismo molto piccolo; la trazione sul cerchio ciliare è così poco importante che non si debbono temere quegli effetti irritativi che si rimproverano d' ordinario a questa operazione. Recentemente, De Wecker praticò tale operazione, con resultato veramente soddisfacente, in un individuo nel quale poche settimane avanti aveva dovuto con sbrigliamenti iridei, metter riparo a gravi fenomeni irritativi e congestivi. Perciò quel caso prova l' importanza di tale operazione, che può dirsi francamente, costituisce un reale progresso. »

Del Monte. — Avverte che per mancanza di un sufficiente numero di casi pratici; Wecker non ne riferisce che uno; non possiamo discutere se non teoricamente. Ora egli, *a priori*, non può fare buon viso alle iridodialisi, perchè teme le trazioni sul cerchio ciliare.

Businelli. — È presso a poco dell' opinione del Del Monte, anzi nel caso del De Wecker, quale lo intende per la descrizione sentitane leggere, avrebbe preferito una iridectomia. Nei casi d' iride guasta per processo flogistico, ritiene che l' iridotomia semplice non valga, ma crede sia possibile praticare lo strappamento con vantaggio e senza inconvenienti, quando le trazioni si facciano sulla porzione pupillare e non sulla ciliare dell' iride. Riferisce a questo riguardo il resultato avuto in un certo Baldoni che operò appunto in siffatta maniera. Del resto egli non crede che l' iridorexis sia abbandonata da tutti; ed a buon conto dice, che Wecker restringe il suo studio ai casi ne' quali manca la lente, e ciò limita le indicazioni dello strappamento dell' iride.

Gradenigo. — Rileva che il Del Monte poc'anzi aveva obiettato non esser vero che per la flogosi cronica dell'iride avvenga adesione fra questa e la cornea, e non accetta le asserzioni di lui. Wecker parla di casi flogistici gravi, che si diffondono alla cornea, di casi nei quali aveva diritto di asserire, quanto Del Monte nega. Poi dice che Del Monte si esagera i pericoli delle iridodialisis, perchè nel fatto i danni da lui previsti non si verificano. Accorda a Del Monte che l' iridodialisis possa produrre molta emorragia, ma d'altronde stante le condizioni del caso di Wecker qual altro compenso poteva prendersi?

Per questo, tal nuova proposta del Wecker è da accettarsi per quando la iritomia semplice o combinata non siano sufficienti.

Cadei. — Del Monte e Businelli temono molto gli stiramenti sul cerchio ciliare, ed egli divide la loro opinione, perchè essi parlando hanno mostrato di avere presente il caso di occhi che ebbero recentemente a soffrire di ciclite: però fa osservare che ogni giorno che passando ci allontana dal fatto flogistico irido-coroidale, fa perdere giustezza alle loro apprensioni. Poi non in tutti i casi questa ciclite ammessa per comodo di discussione esiste; ed allora l'iride ed il cerchio ciliare sopportano impunemente degli stiramenti, come egli vide in un caso di amplio iridodialisis traumatica, al quale portò rimedio con 3 successive iridoenclesis.

Gradenigo. — In proposito della iridoenclesis per rimediare ad una iridodialisis, reclama la priorità.

Businelli. — È strano che anche egli facendo le medesime operazioni, credette di fare qualche cosa di originale.

Mastrocinque. — Dimanda la parola per dire che egli praticò già una iridectomia centrale, per rimediare ad una occlusione di pupilla in conseguenza di un'estrazione di cateratta. Egli la preferì alla iritomia semplice ed ebbe a lodarsene. Mostra il suo operato, ed in questo si vede che ha ottenuto un resultato soddisfacente.

La seduta è levata.

QUARTA ADUNANZA

2 Settembre 1879 (seduta pom.)

PRESIDENZA CASTORANI.

GRADENIGO. — Sul massaggio oculare. Dice che Pagenstecher lo ha già lodato nell' anno 1878, e che egli lo ha più volte sperimentato. Ha trovato che fatto uso del massaggio, la tensione oculare diminuisce; diminuisce sull'occhio ammalato e sul sano.

Ora ciò costituisce un acquisto, perchè, sapendosi quanta importanza abbia la tensione oculare e come alle volte necessita che venga diminuita con prontezza, mentre ogni mezzo a ciò adattato può mancarci, è utilissimo conoscere che la mano può valere a raggiungere l'intento. Ed egli è persuaso che in 2, 4 o 6 minuti in ogni occhio; anche normale; può abbassarsi fortemente la tensione. Ciò può spiegarsi pensando all' esistenza degli *spazi lacunari* insegnatici dalla moderna anatomia?

Secondo Pagenstecher il massaggio si compie strofinando il polpastrello del dito indice sull'occhio al disopra delle palpebre e seguendo un movimento circolare. Sul principio si produce un po' di dolore; le palpebre pajon ruvide; ma presto si rendono scivolanti e ciò, sembra, perchè il cavo congiuntivale si bagna poi con umore acqueo. Così facendo, un paziente potè rinunziare alle iniezioni di morfina, e trovar calmati i suoi dolori. Ma ritengasi possa aver anche altre utilità. Noi sappiamo che le stasi venose coroidee non trovano migliori rimedii delle diminuzioni della tensione bulbare, onde accade che col massaggio si possano correggere. Pagenstecher dice di episcleriti guarite col semplice massaggio.

Dopo ciò il Gradenigo presenta alcuni strumenti, che non dà come nuovi, ma desidera sieno presi in considerazione come prova del valore dell'artista italiano che gli ha eseguiti; il signor *Frescura* di Padova. Questi sono:

1° Un coltellino lineare di Graefe che offre il costolo in linea retta col manico (Modif. Gradenigo).

2° Un coltellino per eseguire l'iridotomia (Modello Gradenigo).

3° Una pinzetta ottalmostata di Valdau, nella quale non sono più i denti che laceravan la congiuntiva. Finisce a T, con la branca orizzontale solcata nella parte interna. In questa solcatura entra

la piega congiuntivale, e si ottiene una preensione sufficiente (Modello Gradenigo).

4° Un pajo di pinzette con le branche terminanti in sottilissimi uncini, da adoperare come cistotomo (Modello Gradenigo).

5° Una pinzetta per estrarre il cristallino. Costituisce l'uncino di Graefe, raddoppiato, e quindi offrente al cristallino un doppio punto d'appoggio.

6° Un cucchiajetto d'acciajo, tagliente, per varie operazioni.

7° Una pinzetta per facilitare la cucitura della congiuntiva nelle plastiche di questa. Termina con due placchette circolari, che hanno un foro nel centro. La congiuntiva presa fra le placche si mantiene tesa e non si allunga mentre l'ago passato pe' fori della pinzetta, la traversa. Una incisione laterale nella placca, permette di disimpegnare il filo.

8° La pinzetta-forbice del Wecker a più piccole dimensioni.

9° Un divaricatore delle palpebre, nel quale ha ottenuto una solidità che fin'ora nessun modello possedeva.

10° Un uncino da strabismo, tagliente, nella concavità.

11° Le pinzette di Leibreich, modificate da Mathieu figlio.

Questi strumenti erano costruiti con massima precisione: i loro modelli furono lodati.

Mastrocinque. — Presenta due cheratotomi di suo modello. Uno somiglia una picca da carta da giuoco dimezzata nel senso verticale. Ha una base di 14 millimetri, e dovrebbe servire per praticare la cheratotomia senza contropunzione. L'altro è una falce a dorso molto grosso la quale taglia dalla concavità, ed è destinata ad adoprarsi in sostituzione del primo strumento, che non avendo fatta buona prova, dall'Autore è rifiutato, e presentato solo come primo passo ne' suoi studj.

Businelli. — Non crede che gli strumenti del Mastrocinque costituiscano un miglioramento. Non ha inteso perchè si siano studiate delle modificazioni agli strumenti ordinari, e fa osservare che gli strumenti curvi, non si adoprano con eguale facilità dei retti.

Del Monte. — Trova sbagliato il principio dal quale partì Mastrocinque, quello di non voler fare la contropunzione, senza la quale non si può determinare con giustezza l'ampliezza del taglio, e non si ottiene quella eguaglianza di inclinazione nei labbri delle

ferite, alle quali gli operatori odierni guardano come a condizioni di buona e facile cicatrice.

Gradenigo. — Trova che il Mastrocinque non può girare i suoi coltelli sull'asse, come facciamo pel coltello Graefe, e questo è grande inconveniente.

La seduta è chiusa.

QUINTA ADUNANZA

3 Settembre (seduta unica)

Presidenza Castorani.

È letto ed approvato il verbale della seduta precedente. Si riapre lo studio sulla iridotomia, dopo alcune parole in proposito del Simi, Albini, Rosmini, Gradenigo.

Rosmini. — Intendendo di continuare lo studio della iridotomia, dice che egli non è stato uno de' primi ad accettare le proposte del Wecker, e che i suoi studi sull'argomento datano da poco tempo. Per la prima volta la provò in un caso nel quale le indicazioni venivano fornite dai resultati non felici di un' operazione di cateratta. Ora egli, per verità, ebbe un resultato negativo ed il malato non migliorò le sue condizioni: ma siccome ciò avvenne perchè in quell' occhio eravi uno scollamento della retina, quel caso gl' insegnò che l'iridotomia non avendo prodotto alcun danno era più blanda operazione di quante avrebbe potuto farne. Poi la fece 8 volte con utilità, e fra questi casi ne comprende uno nel quale erasi incominciato un processo di irido-coroidite; uno nel quale; trattavasi di una donna ad occhio fortemente brachiometrope; la praticò con vantaggio per rendere più facile il passaggio della lente e diminuire il taglio corneale (notisi che 2 anni avanti l' inferma si era sottoposta alla operazione nell' occhio opposto, ma l' occhio si era perduto per emorragia) ma al terzo giorno si accorse di aver ferita la capsula e che il cristallino rigonfiavasi assai, onde a troncare ogni indugio fece una cheratotomia per infizione (alla Bowman) ed estrasse la cateratta con iridectomia.

Castorani. — Egli non può dir molto per propria esperienza, perchè riserbando l' iridotomia pe' casi nei quali l' iridectomia non può farsi, ne possiede, naturalmente, pochi casi. Per altro crede dover raccomandare che prima di praticare l' iridotomia

debba lasciarsi correre assai tempo, e quasi direbbesi, lasciar *riposare l'occhio.*

Gradenigo. — Crede superfluo parlare della utilità dell'iridotomia, e vuole limitarsi a dire di talune circostanze che la indicano, oltre l'atresia pupillare consecutiva alle operazioni di cateratta, alla quale rimase limitato fin ora il nostro discorso. L'iritomia, com'è risaputo, può farsi in caso di cateratta stratificata, ed in tal caso forma l'operazione migliore di quante ne conosciamo. Infatti se escludasi l'iridoenclesis perchè ormai la sappiamo capace di tristi gravissimi effetti, non ci resterebbe per questi ammalati se non che l'iridectomia o l'estrazione della cateratta. Ma questa è operazione grave chirurgicamente: questa è dannosa otticamente. Ora l'iritomia appunto non ha questi inconvenienti. Egli la fece molte volte; come può vedersi in un lavoro pubblicato dal suo assistente chirurgo D.r Tedeschi; egli non cloroformizzò. Nel lavoro citato trovasi il caso di un ragazzino che aveva due cateratte, ed egli in un occhio praticò l'iridotomia, e nell'altro la descisione, lo che dettegli modo di studiare in confronto le due operazioni.

Dice che nel caso di malore suscitato da estrazione di cateratta, e quando vi sono inchiavamenti dell'iride la praticò spesso. Nelle prime volte operò alla maniera del Wecker, ma poi credette bene avvicinarsi a quella del Graëfe, onde incise l'iride con un coltelletto fatto appositamente. Così l'operazione è ridotta una cosa da poco e di prontissimo effetto; ed a tal segno, che egli rammenta averne fatta una nella sala d'aspetto di una stazione ferroviaria, dalla quale era di passaggio.

Rosmini. — Crede che i casi da lui narrati lo autorizzino, anzi lo consiglino a non accettare l'opinione del Castorani, quella cioè di far riposare l'occhio per assai tempo prima di sottoporlo alla operazione.

Simi. — Non vuole aggiunger parole sulla importanza ormai dimostrata di questa operazione, ma vuol dichiarare, che avendo operato e col metodo di Wecker e con quello di Gradenigo, gli è sembrato questo costituire più facile operazione. E già che parla, vuol anche dire di aver veduto un resultato brillantissimo di una iridotomia praticata 5 anni or sono dal Gradenigo ad una signora che soffriva per una sinechia anteriore (pupillare). Il resultato fu bello, direbbesi elegante, e quello che più monta, si è mantenuto inal-

terato fin'ora. Dunque, non è anche questo un caso d'indicazione all'operazione? Il Gradenigo aveva dimenticato di rammentarlo.

Del Monte. — Dice che non può parlare della iridotomia con cognizione di causa perchè non l'ha mai praticata, onde si limiterà ad osservazioni in genere. Ripete quello che Rosmini disse a Castorani. Obietta a Gradenigo di eseguire (nel caso di cateratta) una operazione troppo difficile. Facilmente si può ferire la capsula ed aversi la cateratta traumatica. E la cateratta traumatica nei bambini è più grave che negli adulti (?) E le ferite della capsula quando le fa un chirurgo sono più gravi che se fossero accidentali (?). Quanto al caso del Gradenigo riferito dal Simi, dichiara che avrebbe preferita la corelisi.

De Vincentiis. — Parla di una modificazione fatta alla iridectomia da praticarsi in caso di leucoma centrale. Egli racconta di avere eseguita una piccola incisione cheratica verticale in prossimità di un leucoma centrale e per questa essersi fatta strada nella camera anteriore, di avere afferrato l'orlo pupillare, di averlo estratto ed esciso.

Businelli. — Crede non lievi le ferite della capsula, giacchè ebbe occasione di vederne gravi effetti, quando Arlt a Vienna le praticava per procurare la maturazione artificiale delle cateratte. E per questo reputa che il pericolo di ferir la capsula sia grave obiezione alla iridotomia.

Albini. — Egli ha praticato l'iritomia in un individuo (ora impiegato alla stazione ferroviaria di Foggia) il quale aveva ricevuto sull'occhio un fragmento metallico, che gli aveva attraversato la cornea anteriore. L'operazione gli parve facile ed innocua, perchè quantunque avesse emorragia copiosissima, il sangue fu presto riassorbito e la visione divenne eccellente. Però il coloboma resultato dalla operazione non durò, e dopo poco tempo si chiuse tanto da non dare più segno di sè. Ora il prof. Albini dimanda: Il Quadri aveva proprio torto quando diceva che siffatte aperture iridee non sono permanenti: Non fu questa una buona ragione per tenerle dimenticate, fino al nuovo rimetterle in vita dal Wecker?

Gradenigo. — In prima risponderò a Businelli, e gli farò osservare che egli ha troppa paura per le ferite delle capsule, perchè queste; che non sono certamente cosa gravissima mai; se avvengono per iritomia praticata per cateratte stratificate, avvengono

in bambini, ed in questi sono cosa leggiera. Del resto questo accidente è raro, e tutto il male che può produrre è quello di mettere il cristallino in contatto dell'acqueo, come si fa molte volte con deliberato proposito. Poi all'Albini dirò che conviene rifletter bene alle condizioni del caso che si opera, perchè la pupilla artificiale non rimane aperta se l'iride che si taglia non sia in caso di potersi contrarre, onde restino divaricati i labbri della ferita. — Prendete un'iride sana, incidete lo sfintere pupillare e vedrete tale spostamento degli orli della ferita, da convincervi che la riunione è impossibile. Ora il prof. Albini ebbe a farla con un'iride ferita da parecchie ore, che conservava un corpo estraneo nel suo tessuto, che in conseguenza, a dir poco, era congestionata; e la congestione era la cagione sufficiente per la mancanza della voluta divaricazione. Nota poi, che quando operasi in mancanza di cristallino, allora il vitreo s'interpone ai labbri del coloboma e ne impedisce l'occlusione.

Rosmini. — Dice avere dei casi di iridectomia eguali a quello del De Vincentiis. Dichiara che stando all'osservazione clinica, non ha delle cateratte traumatiche tanta paura quanta ne ha dimostrata Businelli.

Del Monte. — Non può essere d'accordo col prof. Gradenigo, in quanto dichiara che nei giovani la cateratta traumatica abbia poco valore. Nei giovani è cosa anzi più grave, perchè in questi le masse cristalline si rigonfiano di più. Del resto egli ha veduto nella clinica di Graëfe molti casi, nei quali, ad onta di tanto largo uso dell'atropina da ottenere midriasi completa e quasi totale scomparsa dell'anello irideo, si sono verificati fenomeni glaucomatosi allarmanti.

Businelli. — Replica a Del Monte ed a Gradenigo. Dice al primo che se ne' giovani il cristallino si rigonfia di più, in essi si riassorbe anche di più e ciò compensa ed equilibra. Al secondo poi obietta come non basti provare che per la cateratta traumatica l'occhio non viene profondamente leso, perchè bisogna anche riflettere che porta alla disparizione della lente, e quindi a quegli inconvenienti dell'afachia, che Gradenigo non ignora. Anzi, non è appunto per risparmiare l'afachia che riserbiamo alle cateratte infantili una cura speciale, cioè l'iridectomia, o come vorrebbesi in questo momento, l'iridotomia?

Rosmini. — Il Del Monte teme l'eccessivo rigonfiarsi delle masse cristalline; ma siccome ciò accade in proporzione dell' estensione della ferita capsulare, egli ha molto più coraggio di lui, pensando che un operatore; per sbaglio; può scalfire o pungere la capsula, ma squarciarla largamente nò, e queste ferite accidentali della cristalloide non sono mai più larghe di quelle che tutti noi, il Del Monte compreso, facciamo per far dissipare le cateratte dei bambini.

Gradenigo. — Crede che nell' arte sia consacrato ormai, che la cateratta traumatica dei bambini ha minore importanza di quella degli adulti, onde gli recarono sorpresa le parole del Del Monte. Sarà un equivoco. Dice di non fargli osservazioni in proposito e passare più tosto a dirgli che tutte le cateratte che egli ha studiate nella clinica del Graëfe, non possono servirgli di norma, perchè allora si mantenevano gli occhi sotto l'azione dell'atropina, ed a quella erano, come oggi rileviamo per osservazioni ulteriori, da riferirsi i fenomeni che dal Del Monte vengono lamentati e temuti. E poi se è vero che Arlt e Graëfe avevano rigonfiamenti eccessivi, ciò significa che facevano tagli eccessivamente estesi e troppo profondi. Ciò detto, discolpa l' iridotomia dell' addebito di essere operazione molto più difficile della iridectomia. La facilità di questa dipende perchè *nulla dies sine iridectomia*. Non importa un' abilità eccezionale per fare una buona iridotomia, e per non ferire la capsula; mentre per altro, questa ferita sulla quale si appoggia tutta la opposizione, e che sopra dissi non gravissima, non accade che una volta in molte.

Il Prof. De Vincentiis ha la parola per dire dei linfatici della congiuntiva del bulbo. Egli ebbe occasione di osservare una congiuntiva nella quale vi era il sistema linfatico tanto sviluppato, da poterlo studiare con molta facilità. Per la sua osservazione risulta che i linfatici stanno distinti in due piani, uno superficiale ed un altro profondo. I vasi superficiali son più piccoli; quelli profondi sono più grandi. Accenna e conclude che se la disposizione nel caso da lui studiato era normale, convien fare qualche modificazione alle descrizioni che fin qui vanno nella scienza.

Gradenigo. — Fa alcune brevi osservazioni in proposito, e dice che il bel lavoro del De Vincentiis può forse far considerare la congiuntiva flettenulare come una linfangite, come già altri sospettarono.

Velardi. — Legge una lettera scritta dal Camuset fino dall'anno decorso, nella quale si loda l'uso della Vaselina per le pomate ottalmiche.

Presidente. — Ora si dovrebbe passare alla discussione del terzo quesito e cioè: rapporti che può avere il rosso della retina con la patogenia di alterazioni della facoltà visiva. Ma siccome sembra che nessuno voglia prender la parola, così si rinvierà alla riunione prossima.

L'adunanza sapendo che il prof. Albini ha fatto degli studi in proposito, lo prega a dir qualche cosa; fosse pure incompleto. Albini acconsente e dice che:

1° Con esperienze, che sono già pubblicate, si convinse della esistenza del rosso retinico;

2° Per mezzo dell'estrazione della retina, esponendola ad una evaporazione rapida, ottenne di rendere stabile il rosso retinico;

3° Studiò il rosso ottalmoscopico in animali strangolati od uccisi per svenamento e lo trovò sempre eguale;

4° Studiando negli animali *a tappeto*, prima fece impallidire la retina esaminandola con la luce solare, e poi lasciolla ricolorare mettendo l'animale al buio, o sospendendo l'osservazione con lo specchio. Per tutto ciò parvegli di doversi convincere che il rosso si produce dove manca il tappeto, e di là si espande ove è il tappeto, e ciò potrebbe tradursi: si produce ove è il pigmento retro-retinico.

E per persuadersi che il rosso viene dalla coroide e che nella retina si propaga per diffusione, accenna alla seguente esperienza: Se togliamo una retina dall'occhio, e poi la facciamo scolorare esponendola alla luce, dopo possiamo riaverla rossa, ricollocandola sulla coroide;

5° Nei casi di enucleazione dell'occhio, ha osservato; pargli; che dai linfatici sgorga come liquido colorato in rosso, il quale rimanendo esposto alla luce, si decolora.

Businelli. — Fa alcune osservazioni, e dice non credere necessario il rosso retinico per la funzione retinica, perchè questa sappiamo non essere distrutta in quelle porzioni di retina che corrispondono agli stafilomi posteriori, ove non solo può sospettarsi che il rosso non formisi; per la lesione delle cellule pigmentarie; ma dove l'ottalmoscopio mostra una macchia bianca.

Rosmini. — Dimanda se la luce artificiale distrugge il rosso retinico più che quella del sole, e gli viene risposto, che agisce con minore intensità, quindi più tardi, ma porta il medesimo effetto..

La seduta è levata.

SESTA ADUNANZA

4 Settembre (seduta pom.)

La seduta del mattino essendo rimasta occupata tutta dalla lettura dei processi verbali di due sedute precedenti, non vi fu trattazione d'argomento scientifico, nè discussione alcuna.

Seduta pomeridiana

Presidenza Castorani.

Businelli. — Chiede la facoltà di presentare un occhio ch'egli ha enucleato, perchè aveva suscitato una ottalmia simpatica sull'occhio opposto. Era un occhio ammalato da circa od oltre 18 anni, durante i quali aveva più volte subìto degli episodi flogistici. Quando fu enucleato, lo si vide alterato profondamente e con una estesa ossificazione che riempiva quasi tutto il cavo coroideo. Aveva il cristallino lussato che si muoveva nello spazio patellare reso amplio per la saldatura dell'iride alla cornea. Descrive il caso con moltissima cura e precisione anatomica; e poi venendo a considerazioni di ragione clinica, fa conoscere come per molto spazio di tempo quell'occhio era rimasto senza influenzare l'occhio opposto, e per questo era un esempio di quanto esagerino gli Inglesi, quando sostengono la enucleazione cosidetta *preventiva*. Mostra poi un suo strumento destinato a più casi, ma specialmente da lui impiegato per la paracentesi della cornea. È una sottile guaina metallica, schiacciata, lunga quanto il fusto ordinario degli strumenti da oculistica, e montata sopra un manico d'avorio. Nell' interno della guaina corre una molla d'acciaio, la quale all'estremità che deve rimanere esterna è a foggia d'oliva. Può farsi sporgere più o meno, ed al punto voluto fissato, mercè vite di pressione. La guaina serve di freno. È strumento tascabile, è poco costoso e punge benissimo.

Simi. — Divide le idee degli Inglesi, ad onta del caso e de' ragionamenti del Businelli, perchè la questione per lui non sta nel sapere se un occhio guasto per quelle lesioni delle quali il Businelli

ha parlato, possa destare molto tardi l'affezione simpatica, oppure non portarla affatto. Questo lo sappiamo per molteplici osservavazioni, non ignorate dagli Inglesi. Ma gl' Inglesi dicono: Siccome l'ottalmia simpatica può esordire quasi ex-abrupto e può avere una forma fino dal suo inizio incurabile, così noi ci crediamo autorizzati alla operazione preventiva in ogni caso. D'altronde la operazione è facile, poco dolorosa, come atto traumatico di poca importanza, e distrugge ciò che solo per abuso può essere considerato come un occhio e che dovrebbe invece considerarsi come un ammasso di tessuti che ormai vivono solo per servire di terreno a processi morbosi che debbono distruggerli o denaturarli; per recare molestia all' individuo che li sopporta, e per rimanere perpetua minaccia per l'organo opposto che realmente è un occhio.

Gli Inglesi avrebbero torto quando la clinica potesse dire; non tanto se l'ottalmia simpatica si manifesterà o no; ma se nel caso che si manifestasse, se si avrà la forma benigna che dà tempo ai compensi, o la maligna che è quasi irrimediabile. Ma se la clinica giungesse a tanto, essi opererebbero subito questi ultimi casi, e per gli altri aspetterebbero gli eventi ed il sorgere di più chiare indicazioni.

Gradenigo. — Dice essere importante il pezzo anatomico del Businelli e loda lo strumento da lui presentato.

Prof. Conti. — Parla delle malattie oculari che possono derivare da miasma palustre, e fa la storia di una affezione della quale fu vittima egli medesimo.

Quattro anni fa, mentre era a Cosenza e stava discorrendo con un' inferma, fu assalito da freddo intenso e fu preso da una molestia all'occhio sinistro che non era forse da dirsi incominciata, che era divenuta acuto dolore. L'occhio s' iniettò e si fece esoftalmico. Si annebbiò la vista, e dopo due ore venne ad essere totalmente distrutta. Anche l'altro occhio subì le medesime alterazioni. Le orine si soppressero: la temperatura discese a 35°,8, la mente rimase sana. Questa sua perniciosa algida fu quasi subito constatata dai colleghi che corsero in soccorso. Questi, vedendo l'inutilità di una dose di chinino ingerita, ricorsero alle iniezioni sottocutanee, che non tardarono a far sentire la loro influenza. Ma l'occhio sinistro rimase quasi senza visione e si mostrò affetto da una vera e propria iriditide.

Egli desidera che l'Associazione prenda in istudio questo caso e quelli che possono somigliarlo, e quindi propone per la prossima futura riunione il seguente tema: « Il miasma palustre qual sorgente di malattie oculari. »

Dopo alcune parole del prof. Gradenigo, di Del Monte e del Simi la proposta è accettata ed il quesito è accolto: rimanendo stabilito di pregare i medici che esercitano in luoghi adatti, di fornire il materiale anatomico per le necessarie indagini. Il socio Marchisio promette di raccogliere diligentemente il materiale richiesto, giacchè egli vive in mezzo al miasma palustre.

Presidente. — Ora potrebbero scegliersi i temi per l'anno venturo, giacchè la comunicazione del Conti ci ha condotto all'argomento dei temi.

Rimangono fissati i seguenti:

1. Rapporti che può avere il rosso della retina con la patogenia di alterazioni della facoltà visiva.
2. Se la infiltrazione purulenta consecutiva delle operazioni praticate sulla cornea possa essere sotto la dipendenza del parassitismo; ed ammesso, quali sieno i mezzi più adatti per prevenirla e combatterla.
3. Il miasma palustre qual sorgente di morbi oculari (proposto dal socio Conti).
4. Patogenesi e cura della ottalmia simpatica (proposto dal socio Del Monte).

Passando poi a scegliere la sede per la riunione del 1880, è nominata la città di Milano (all'unanimità e con acclamazione) e viene eletto il prof. Quaglino come presidente ed il Dr. Rosmini come vice-presidente della Commissione ordinatrice.

Il Dott. Velardi. — Legge il rapporto sulla sua gestione e constata che nella cassa vi è un discreto avanzo.

Simi. — Si preoccupa degli avanzi, perchè crede che ciò voglia dire che o s'incassa troppo o si spende troppo poco. Egli non crede si debba andare avanti senza un po' di bilancio prestabilito, e quindi legge una proposta tendente ad incaricare la Commissione ordinatrice della Riunione di Milano, di preparare un bilancio e le proposte convenienti per equilibrare l'entrata con l'uscita. Sul qual progetto discuterà e deciderà l'Assemblea. È approvato.

Il Presidente. — Dichiara chiusa questa 3ª sessione e ringrazia gli intervenuti.

In un medesimo tempo molti chiedono la parola, e tutti col medesimo pensiero. È per ringraziare il Presidente ed i Soci Napoletani delle amichevoli accoglienze alle quali erano stati fatti segno.

N. B. *Il presente supplemento è* gratis *per gli associati che si trovarono al corrente coll'Amministrazione al 31 Agosto prossimo passato. Per tutti gli altri il prezzo è di Lire* **2.**

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*
Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Indice alfabetico delle materie contenute nel Vol. I.

(ANNO I).

A

Acutezza visiva; sua misura. Pag. 21
Alienati (ricerche ottalmoscopiche negli); di Klein 96
Ambliopia congen.; di Galezowski. 80
— alcoolica; di Nuel 46
— — di Galezowski 161
— — curata col bromuro di potassio; di Ruvioli 80
— nicotinica; di Hirscherg. . . . 156
— — di Galezowski 176
— isterica; di Cuignet 124
— afasica; di Noël Gueneau de Mussy 110
— per estrazione di un dente; di Salemshon 30
Anopsia congenita; di Sortina . . 179
Aria (alterazioni che provoca nella camera anteriore); di Collica-Accordino 128
Atropina (confrontata colla Duboisina); di Weeker 158
Associazione ottalmologica italiana. Circolare agli oculisti . . . 142
— Statuto. 143
— Quesiti per la 3ª riunione . . . 68
— Terza riunione tenuta in Napoli dal 1° al 4 settembre. 181
Avviso al lettore . . . . 1 e 9

B

Bromuro di potassio nell'ambliopia alcoolica; di Ruvioli 80

C

Cateratta. Nuovo processo di estrazione; del signor Vibert 31
— Processo del Dott. T. Galli Pag. 65
— Processo del Dott. Morano . . 65
— Estrazione insieme alla capsula; di Del Monte 95
— Note del Dott. G. Saltini . . . 94
— Operazione in estremo stadio di marasma diabetico; di Ravà . . . 51
Cardiaci (Ricerche ottalmoscopiche nei). 112
Cauterio attuale nelle malattie degli occhi e principalmente nelle ulceri della cornea; di Martinache 45
— nelle malattie dell'occhio; di P. Gradenigo 69
Camera anteriore (alterazioni che vi provoca l'aria atmosferica); di Collica-Accordino 128
Cornea. Contribuzione allo studio delle sue malattie. Simi 13
— (Incisione della) nella cheratite purulenta. Del Monte 95
Cantoplastica. Nuovo coltelletto che facilita lo sbrigliamento dell'angolo palpebrale. Bordoni. . . . 122
Congiuntiva (Corpi estranei nella). Simi 9
— supplita con trapianto di muccosa e di un lembo cutaneo. Gradenigo. 68
— Infiammazione purulenta curata con l'alcool. Gosselin 138
Ciste del sopracciglio. (Estirpazione seguita da morte). Ravà. . . . 50
Corrispondenza sull'esercizio illegale della medicina permesso ai medici stranieri in Italia. Bargellini. 163

Congresso medico di Pisa Pag. 8 e 19
— di salvataggio a Marsilia . . . 35

D

Daltonismo studiato al Congresso di *Sauvetage* di Marsilia da Sicard 35
— ed i disastri ferroviari. Simi . . 39
— nell'ambliopia alcoolica; di Nuel 46
Deliquio isterico per breve sforzo dei muscoli retti interni. Pini . . 91
Dente. (Amaurosi per la estrazione di un) Samelshon 30
Dentizione prematura, causa di accidenti oculari. 30
Distacco retinico. Sua cura con la idrodictiotomia. Secondi 32
— sulla idrodictiotomia proposta dal Secondi. Magni 32
— Osservazioni anatomiche (Tafani) 145

E

Ectropion inflammatorio delle palpebre superiori. Cuignet 125
Elefantiasi della palpebra superiore 33
Emianopsia. Dr. Claeys. 48
Emorragie. (Alterazioni della vista dopo le); di Horthmann. . . . 127
Entropion completo delle palpebre superiori: operazione efficace. Simi 120
Enucleazione sull'occhio, in caso di glioma della retina. Santarnecchi 7
— per ottalmia simpatica. Levi . . 133
Eserina. Sul suo uso; di Morano . 15
— nella cateratta traumatica. Simi 24
— Sue indicazioni; di Williams . 33
— nel glaucoma. Simi 57
— nella cheratite flemmonosa. Gotti 64
Esercizio illegale dell'oculistica. 20 e 163

F

Fibro sarcoma telengettasico della caruncola lacrimale 128
Fibroma della sclerotica. Mauché . 130
Formulario.
Collirio di Pilocarpina 17
— contro la congiuntivite granulosa 8
— contro l'ottalmia de' neonati . . 17
— di salicilato d'atropina 51
— disinfettante 98
— di duboisina 142
— di eserina. 35, 66, 113
— astringente. 35
— di mucillaggine tannica. . Pag. 141
Pomata astringente 180
— di duboisina 142
— di ossido di zinco 98
— di Pagenstecher. 8
— di nitrato d'argento 8
Iniezione ipodermica di stricnina 131 e 141
— di duboisina 141
Linimento di stricnina . . 131 e 141
— di iodio. 51

G

Glaucoma (sulla prognosi della operazione per il); di Hirschemberg. 29
— (Contribuzione allo studio del); per Chibret. . . . . . . 31 e 48
— (Contribuzione allo studio dell' eserina nel); Simi 57
Glandula lacrimale (estrazione della); Simi. 129
Glucosuria (affezioni oculari nella); Galezowski 96

I

Igiene della vista nelle scuole. Dor di Lione 32
Iodoformio nelle malattie oculari. Ravà 77
Iritide pupillare. Cuignet 123

L

Lipoma della congiuntiva. Levi . . 37
Lenti (numerazione per dioptrie metriche delle); Simi. 117
Luce (bagni di) nell'atrofia delle papille. Martin 112

M

Medicatura degli occhi (come conviene farla). Simi 67
Morte (un segno infallibile di prossima); Chiappelli. 95
Medicina dosimetrica. (La sintomatologia oculare nei suoi rapporti con la); Burggraeve 97

N

Nervo ottico. (Sezione del); Simi . 4
Notizie. Pag. 8, 19, 20, 35, 68, 132, 142, 163.
— Necrologiche . . . . . 20 e 113

O

Ottalmoscopia. (Teoria dell'); Danesi 53
— negli alienati; di Klein. . . . 96

— nei cardiaci; per Pfluger . Pag. 112
Occhiali colorati (Due parole in proposito degli); Simi 101
— bicromatici. Martin 112
Orbito-oculari (Fenomeni) per l'eccitazione del capo periferico dello sciatico. Vulpian. 64
Ottalmia simpatica (Sulla); Reclus. 29
— Un caso di. Levi 133
Ottimetro metrico; di Loiseau . . 45
Onorari del medico, tradotto dagli *Archives générales de médecine* . 51

P.

Paralisi dell'oculo-motore esterno con deviazione coniugata. Graux. 81
Paralitici. (Speciale alterazione della vista nei) 138
Palpebre. (Sul cancro delle) De-Vincentiis. 108
Pterigion. (Nuovo processo operatorio per il); Galezowski . . . 110
Pilocarpina. (Indicazioni della); di Williams 33
— Rampoldi 79
— nelle malattie cheratiche. Simi. 14

R

Retino-coroidite palustre. Poucet . 5

S

Scuole. (Igiene della vista nelle): Dor di Lione 32
Servizio militare. (Imperfezioni della vista dal punto speciale dell'attitudine al); Baroffio 139
Sindectomia. (Un caso di); Simi Pag. 2
Sclerotica (Sutura delle ferite della); Galezowski 109
— (Fibroma della); Mauchè . . . 130
Simblefaron (Cura del) con una autoplastica congiuntivale. Fano. . 130
Stricnina (la) in talune malattie del fondo oculare. Morano 140

T

Tattuaggio della cornea seguito da panottalmia; Ravà. 50
— (praticato con la penna elettrica di Edison); De Castro. 137
Tensione oculare. (Condizioni patologiche dell'aumento della); Brailey 63
Tifo. (Malattie dell'organo visivo nel tifo); Larianow. 127
Timolo (il) in chirurgia. Rank. . 138
Tracoma. (Sulla natura del); Maroni 61
Tubercolosi della congiuntiva. (Un caso di); Del Monte 95

U

Ulcerazioni corneali. (Incisione della cornea nelle); Del Monte . . 95
Utero (influenza dell') sulle malattie degli occhi. Swanzy 28

V

Varietà. Pag. 18, 51, 67, 82.
Visione e udito. (Confronti ed analogie fra i loro organi); Grazzi . 82

Dr. G. MOYNE
OCULISTA
Largo Montecalvario
NAPOLI



BOLLETTINO D'OCULISTICA



BOLLETTINO

D' OCULISTICA

DIRETTO

dal Dott. ANDREA SIMI

colla collaborazione di distinti medici

ANNO II

FIRENZE
TIPOGRAFIA COOPERATIVA
Via Monalda, N° 1

1879-80

Anno II. Firenze, 1° Settembre 1879. N. 1.

BOLLETTINO DI OCULISTICA

Periodico Mensile

La science perd à n'avoir pour interprètes que des oracles.
(GERAUD TEULON, *L'Œil*).

L'abbonamento per l'Italia costa L. 2 ed è obbligatorio per un anno. — Per i paesi dell'Unione postale L. 3. — Un numero separato Cent. 50. — Lo scontrino del Vaglia tien luogo di ricevuta.
Per ciò che riguarda la *Direzione* dirigersi al Dott. A. SIMI, oculista, via dei Servi, 9. — Per abbonamenti, reclami, ecc., dirigersi all'*Amministrazione* presso la Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1, Firenze.

Cortese Lettore,

Quando l'anno passato vide la luce il primo numero del Bollettino e così prese vita questo periodico, ti feci noto, come erane convenienza, quale fosse lo scopo che mi prefiggevo, ed in poche parole ti feci intendere come, per condurlo innanzi, sperassi nell'ajuto di tutti i pratici ai quali mi poteva esser dato metterlo in vista.

Sperai d'avere ajuti finanziari, e n'ebbi d'avanzo, pel numero non scarso degli abbuonati. Ma quelli che io maggiormente desiderava, cioè gli ajuti di collaborazione, rimasero molto al disotto dei miei desideri. Le comunicazioni che mi vennero inviate, furono poche; ed il periodico trasse innanzi la vita per quelle di alcuni amici, e per quei miei scritti di compenso che per verità avrebbero dovuto comparirvi più raramente: perchè per dar corso alle cose mie, certo non varrebbe la pena di tenere in vita un foglio apposito. Questo avrà uno scopo degno dell'opera, sol quando facendosi il raccoglitore delle osservazioni cliniche che giornalmente si fanno qui tra noi, sarà, dirò così, tributario delle pubblicazioni maggiori, come a cagion di

esempio sarebbe quella degli *Annali d'ottalmologia*, diretti dal chiarissimo Prof. Quaglino. Anzi dirò candidamente che non avrei mai osato accingermi alla impresa, se non avessi creduto, che il non comparire quasi mai in quegli Annali, articoli inviati dalla Toscana, significasse il bisogno di un raccoglitore più spicciolo ed alla mano, il quale potesse servir loro come organo di trasmissione. E per questo intendimento, e perchè nel mio foglio si potesse scrivere con facilità e senza suggezione da qualunque pratico, lo volli di forma modestissima e curai potesse uscire con molta frequenza e con molta regolarità.

Io so di sicuro che qui tra noi il materiale di osservazione è, disgraziatamente, copiosissimo: mi vedo circondato da numerosi colleghi valentissimi i quali, o dedicati che sieno all'oculistica, od alla chirurgia, od alla medicina, potrebbero dare un contributo che per l'oculistica italiana sarebbe grande, e dirò anche necessario. Ed infatti può una intera Regione del nostro paese tenersi muta sur un argomento di tanta importanza, ed intorno al quale pure si affatica con studio e con amore? Non sembra a te, o lettore, che sia male, e che i colleghi delle altre regioni italiane possano rimproverarci se lasciamo dimenticare, o se non facciamo conoscere come e quanto studiamo anche noi, e come impieghiamo i tesori che ci lasciarono Benevoli, Nannoni e Vaccà, e come ci manteniamo fedeli, studiando le malattie oculari, ai precetti clinici lasciatici dal Bufalini?

Taluni vogliono scusarsi col dire che non hanno il tempo di scrivere dovendo occuparsi della pratica. Ma per scrivere delle note, e per inviare delle comunicazioni ad un periodico che non ha intenzioni pretensionose, e che vuole soltanto raccogliere dei fatti clinici, senza velleità di alta scienza, nè di squisita letteratura, non sembra debba richiedersi maggior tempo di quello che impiegasi nello scrivere qualche lettera familiare. Quello che richiede molto tempo si è la osservazione degli ammalati, e lo studio delle loro infermità; ma forse questa osservazione e questo studio può esser minore, quando non debba avere pubblicità? Quando il medico abbia visitato e medicato un in-

fermo; egli lo ha studiato certamente con tutte le forze dell' ingegno suo, e con tutta la sua coscienza. Egli non saprebbe aggiungervi più nulla; e per raccontare ciò che vide, quanto pensò o credette, non ha bisogno di montare in cattedra.

Ciò detto, voglio sperare che in progresso di tempo i miei amici, inviandomi il racconto di quanto videro di più notevole ne' loro malati e di quanto fecero per essi, mi renderanno possibile di far palese che anche fra noi vi hanno de'pratici, ai quali non fa difetto nè la dottrina, nè la valentia clinica, ed in questa speranza seguito l'opera mia.

Sta sano.

Firenze, 1° settembre 1879.

ANDREA SIMI.

SCRITTI ORIGINALI

OPERAZIONE PER CORREGGERE UN ENTROPION

Avendo praticata una di quelle operazioni che hanno per scopo di correggere l' entropion e specialmente se fu eseguito un processo di quelli che compionsi con legature del tegumento, il chirurgo avrà veduto spessissimo sorgere un inconveniente dal quale è stato compromesso, o molto o poco, il resultato richiesto. Io parlo della enfiagione della pelle palpebrale, che non raramente accade in modo rilevantissimo; e per questa enfiagione che avviene più forte ove più lasso è il tessuto, la palpebra è spinta a volgersi in dentro e così a farsi entropica: o se a tanto non si arriva per l'azione meccanica della enfiagione, si diminuisce però l'effetto prodotto dalle legature; i cigli tornano ad offendere l'occhio, si suscitano degli spasmi e nuovamente si ricade nella malattia.

Per mio conto, ho veduto non rade volte degli entropion, subito dopo l' operazione convenientemente corretti, all'indomani essersi riprodotti, o quasi, per la enfiagione delle palpebre: ed ho veduto allo scomparire di questa enfiagione che l' orlo ciliare

si era rivolto più o meno in dentro, e che poi per l'azione consecutiva della cicatrice non si riguadagnava il perduto. Per questo fatto, che io reputo avere osservato con sufficiente esattezza, difficilmente m'induco a praticare delle legature sulla pelle palpebrale, e per dire il vero senza grande inconveniente, perchè la *tarsotomia* dà modo di ottenere buonissimi effetti, senza il bisogno di ricorrere alle più antiche operazioni delle legature. Però non sarebbe giudizioso dimenticare queste operazioni, che potrebbero alle volte tornare opportune: ed lo abbandonarle solo o perchè hanno qualche inconveniente o perchè oggigiorno se ne lodano altre, non sarebbe un tener conto del patrimonio dell'arte. Ed infatti quelle operazioni chirurgiche che si dimostrano viziose nel loro atto essenziale, debbono essere messe da parte senza riguardi; ma quando se ne trovano di quelle che hanno degli inconvenienti soltanto nei loro particolari, queste emandate con opportune modificazioni di processo, debbono da noi conservarsi.

Ora ecco come io credetti bene di fare in un caso da me recentemente operato. Trattavasi di una donna alla quale aveva praticata la cantoplastica per rimediare ad un fimosi palpebrale e contemporaneamente applicate tre legature comprendenti la pelle, il cellulare e le fibre ciliari del muscolo orbicolare, per correggerne l'entropion. Finita la mia operazione, la direzione anormale della palpebra era perfettamente corretta. Ma io calcolai che se mi fosse sopraggiunto molto enfiore, come del resto era a temersi facilissimo per le condizioni di speciale delicatezza della pelle, la palpebra si sarebbe nuovamente deviata e le cicatrici derivanti dalle suture si sarebbero fatte così lunghe, che il loro ritrarsi non sarebbe più accaduto in conveniente misura. Allora, per impedire questo, io passai sotto la pelle della palpebra, in alto e al disopra del tarso, un laccio orizzontale a guisa di un setone e lo legai ad ansa assai larga. Al momento della operazione, questo laccio parve cosa inutile; ma all'indomani nel gonfiamento della palpebra cominciava a spiegare la sua azione; e nel posdomani faceva vedere tutta la sua utilità, perchè tanto la palpebra gonfiava e tanto il laccio la stringeva, e per tal modo portava una compressione sull'apice del tarso, e ne obbligava la base a portarsi in fuori ed in avanti.

Da questo laccio non ebbi alcuno inconveniente, e potei lasciarlo

in sito fino a che, la palpebra essendosi sgonfiata, l'azione di esso venne a cessare. E potei farlo perchè l'entropion era corretto: altrimenti avrei potuto ancora utilizzare il mio laccio come setone, cioè per determinare una suppurazione e quindi una cicatrice che a guisa di nastro applicato all'apice del tarso lo avesse tenuto obbligato indietro, imprimendogli un movimento in armonia con quello voluto dalle legature messe presso la base del tarso medesimo. S.

SULLA MEDICATURA OCULARE ANTISETTICA

Non posso entrare in particolari molteplici, e se lo potessi non vorrei farlo, perchè sono per tenerne proposito con parole autorevoli i miei dotti colleghi, nella prossima riunione dell'Associazione ottalmologica italiana, ed io potrò riferirne nel render conto di quel Congresso. Infatti il 4° quesito (1) porterà necessariamente la discussione sulla medicatura antisettica.

Senza spingermi tant'oltre quanto m'indurrebbe a farlo la lettura di un recente libro del De Wecker, ammetto come indiscutibile che le infiltrazioni purulente della cornea consecutive alle operazioni chirurgiche, ed anco molti casi di malattia dell'iride con quello che segue, possano e debbano ripetersi frequenti volte dal parassitismo. E ciò ammesso io trovo conveniente che presso gli oculisti trovi grazia la medicatura antisettica, e che da loro venga generalizzata.

Quale agente antisettico adoperare?

Io non saprei veramente a quale dei liquidi antisettici lodati oggidì debbasi dare la preferenza, perchè *l'acido fenico* (1|2 per 100), *il fenato di soda* (soluzione satura), *l'acido borico* (idem), *il timolo* non mi pare abbiano l'uno maggiore vantaggio od inconveniente dell'altro. È solo circa la lavanda degli strumenti da taglio (cheratotomo) che farei una osservazione, e per questi credo che messe da parte tutte le sostanze nominate debba invece adoperarsi l'alcool assoluto, asciugandoli poi con un pannolino

---

(1) Ved. *Bollettino*, anno I, pag. 68.

ben pulito e disinfettato mercè il riscaldamento ad alta temperatura (bagno d'olio).

Ma su ciò non v'è luogo a discutere; vi è solo da raccomandare la maggiore esattezza onde non accada che il septicismo si cacci da una parte e si lasci rientrare dall'altra.

Così, a mo' d'esempio, io noterò che coloro i quali tenessero i loro oggetti disinfettati in contatto dell'aria cadrebbero in una strana mistificazione, e che quindi tutto, cioè le spugne, i pannilini, le filaccie, l'ovatta debbano conservarsi gelosamente custoditi in carta pergamena, od impermeabile, e scoperti soltanto al momento di servirsene.

Come eseguirla?

Distinguo la mia risposta in due, occupandomi distintamente della disinfezione dell'occhio prima della operazione, e di quella che può occorrere consecutivamente. Nel primo caso sono ben lieto di trovarmi in perfetto accordo col Wecker (1). Converrà disinfettare le palpebre ed il contorno dell'orbita, lavando questa regione con una soluzione antisettica, e converrà anche tenere sulle parti la spugna per qualche tempo e toglierla soltanto al momento della operazione. Converrà che gli strumenti sieno disinfettati, come le mani del chirurgo e quelle degli assistenti. E quando durante l'operazione si debbano fare delle lavande, per queste ci vuole un liquido antisettico.

Non egualmente facile è il disbrigarsi circa quanto convenga per la medicatura consecutiva alla operazione.

Ho già sostenuto altra volta che dopo l'operazione della cateratta, e così nella massima operazione sulla cornea, conveniva imitare il Quadri (padre), il Gayet ed il Gradenigo, che cioè conveniva rinunziare alle fasciature, giacchè le palpebre chiuse realizzano l'apparecchio di protezione più conveniente per l'occhio. E non appena per poco mucco le palpebre sono conglutinate, l'occhio è chiuso quanto basta, mentre non è molestato dalle fascie. Ora dunque vedrei a malincuore che si dovesse ritornare alle fasciature oculari, quando non fosse dimostrato, coi modi convenienti, la necessità di questa medicatura antisettica. Giacchè; per una

(1) *Thérapeutique oculaire*, pag. 470 e seg.

semplice precauzione non crederei ben fatto riaccettare una pratica che porta seco inconvenienti indiscutibili.

Io non ripeto qui quanto ebbi altra volta occasione di dichiarare in proposito, ma dico solo che specialmente dopo le operazioni della cateratta i tessuti rigonfiano, che hanno bisogno di espandersi, che le fasce facilitano l'ernia dell'iride ecc. ecc., e aggiungo che anche coloro i quali non hanno avuto il coraggio di abbandonare le fasciature, le praticano leggere e come semplici apparecchi di protezione e le riducono quasi a un pretesto di fasciatura.

Per queste ragioni, io non crederei di dover praticare la medicatura all'acido borico, poichè ricuoprire l'occhio con tela imbevuta nell'acido borico saturo, è applicare un apparecchio che disseccandosi viene ad esercitare sull'occhio la massima influenza di una fasciatura. Invece convengono delle compresse fatte da uno strato di ovatta disinfettata, racchiusa fra due pezzetti di velo ed inzuppati, lì per lì, nella soluzione antisettica. Ma riguardo alla qualità di questa soluzione io non posso essere indifferente come lo era per quella destinata a lavar l'occhio prima della operazione. Più di una volta ho dovuto remuovere sul momento il mio apparecchio, perchè produceva al malato un frizzore insopportabile, quando impiegava soluzioni di *acido fenico*, di *timolo*, o di acido borico quale mi era procurato in Germania e nelle quali parmi vi fosse dell'alcool. Il *fenato di soda* è stato sopportato meglio, per quanto dopo poco tempo abbia dato luogo ad eritema palpebrale.

Ma dopo tutto mi è sembrato che ogni medicatura restasse con una influenza dirò così esterna, ed incapace ad impedire il parassitismo se per avventura dei germi si fossero introdotti nel sacco congiuntivale. E mi è parso che, per conseguenza, non fosse prezzo dell'opera il procurarsi degl'inconvenienti certi, per avere dei vantaggi più che problematici.

Quando le operazioni furono fatte con tutta la nettezza possibile, e che prima di abbandonare l'infermo abbiamo diligentemente ripulito e disinfettato il sacco congiuntivale, ciò che più può nuocerci, poichè le palpebre sono chiuse, è quanto nel sacco stesso può prodursi, e non ciò che vi si può introdurre sia dall'apertura palpebrale, sia dalle vie lacrimali. Sono, vo'dire, i prodotti della muccosa; e questi vanno remossi con diligenza e frequentemente, come può farsi con acqua distillata ed in qualsivoglia altra maniera,

ma approderà a poco, per non dire a nulla, se al disopra delle palpebre vi sia un apparecchio fiticida e disinfettante.

In conclusione, mi dichiaro partigiano delle medicature antisettiche, poichè sono convinto della frequentissima influenza del parassitismo nelle malattie oculari, ma temo s' intraprenda la via del l' eccesso, tanto perchè del parassitismo vuolsene veder troppo, quanto perchè nello scegliere le armi per combatterlo non guardiamo se talora queste portino o no offesa per un' altra parte.

Dirò anche due parole sull'uso della eserina e della pilocarpina come antisettici. Mentre qualcuno credeva di avere scorta in questi preziosi medicamenti anche una virtù antisettica, ulteriori osservazioni ci conducono a doverla loro rifiutare interamente. Ma questo non vuol dire che non debbano essere usati dopo le operazioni oculari per garantirci più che sia possibile dal parassitismo della cornea. Perchè se quelle due sostanze non valgono ad uccider gli organismi infettanti, inducono nella cornea delle modificazioni per le quali ne risente meno gli effetti. E per dirne una, difficulta o quasi impedisce gli infiltramenti purulenti. S.

RIVISTE

1. **Di alcuni rapporti che sono fra le malattie oculari e le cardiache,** del D.r ROBERTO RAMPALDI. (*Annali di Ottalmologia*. Anno VIII, fasc. 2 e 3).

È questa una accurata memoria della quale, se il piccolo formato del giornale non me lo impedisse, vorrei dare un' ampia relazione. Non potrò che per sommi capi accennare alle cose così diligentemente esposte, abbandonando tutti i casi clinici posti a loro illustrazione. Sulla guida dei più accreditati oculisti, e sopra osservazioni proprie, l'A. passa in rassegna quasi tutte le alterazioni dell'organo cardiaco e dei vasi per quanto queste possono essere causa di disturbi più o meno gravi dell'occhio. Fa poche osservazioni generali sull' importanza che possono avere per l'oculista le alterazioni cardiache anche quando non sieno causa della malattia che li occupa; e queste riguardano la convenienza o no della cloroformizzazione per certi atti operativi, per la posizione che

dovremo far osservare ad un operato, e finalmente per le emorragie *ex vacuo* che possono seguire all'operazione stessa, massime quando il paziente è affetto da ateromazia.

Premesso ciò divide il suo lavoro in quattro parti principali: ed io le passerò, come dissi, in rapida rivista:

1° *Malattie oculari direttamente dipendenti dalle cardiache.* — E cioè: Edema freddo delle palpebre e chemosi della congiuntiva spesso sintomi di vizio valvulare, per inceppamento del circolo; anche la cornea risentendo di queste alterazioni acquista un colore suo proprio rorido-splendente.

Il Gerontoxon sta spesso ad indicare la degenerazione grassa del muscolo cardiaco; ed alcuni fatti dimostrano come la cachessia cardiaca possa generare l'ulcerazione della cornea forse per neuroparalisi. I vizii della mitrale dando luogo a stasi sanguigna, possono produrre, specialmente negli individui ateromatosi, rottura dei vasi retinici e coroideali, quindi emorragie nel vitreo con tutti i disturbi conseguenti. L'ipertrofia di cuore specialmente nei miopi, tanto più se vi sono congiunti abusi per bevande alcooliche o per tabacco, può dar luogo alla congestione attiva delle membrane profonde, ed anche della papilla del nervo ottico. Ed a tale proposito l'illustre Professore Quaglino osserva: « come tali ammalati veggono spesso gli oggetti oscillare con moto isocrono ai battiti del cuore, provando un senso di pulsazione nell'interno dell'occhio, forse per effetto della dilatazione dell'arteria centrale che comunica alla retina l'impulso ricevuto dal cuore stesso. »

Tra le malattie cardiache più importanti per l'oculista, pone l'endocardite valvulare ulcerosa e vegetante, come quella da cui più spesso si ripete la formazione degli emboli. L'embolo può soffermarsi nelle arterie ciliari anteriori, ed essere punto di partenza di una infiammazione che riveste le forme della coroideite suppurativa; altra volta può arrestarsi nell'arteria centrale della retina, o cacciarsi nell'oftalmica, e allora solitamente l'individuo si trova d'un tratto cieco da un lato e forse durevolmente. Galezowschi, e con lui vari altri, ammettono non necessaria l'endocardite alla formazione dell'embolo, spiegandone allora l'origine da altri punti del sistema vascolare.

È ancora discussa la vera causa della trombosi della vena centrale della retina, per la quale mentre il D.r Angelucci terrebbe

molto calcolo delle viziature delle valvule mitrali ed aortiche, il Dr Michel non ne farebbe quasi conto, notando piuttosto come reperto principale, infuori di una ipertrofia lieve del ventricolo sinistro atta a dare origine a quella affezione, la sclerosi di alto grado delle arterie periferiche, facendo così dipendere il trombo dal rallentamento del circolo e dalla stasi.

Nell' insufficienza aortica, specialmente quando ancora al suo effetto sopravanza l' ipertrofia concentrica del ventricolo, spesso gli ammalati si lagnano di annebbiamenti ricorrenti, di scintillamenti, astenopie retiniche, ecc. ecc., che in progresso diventano più frequenti, e allora l'ottalmoscopo scorge l' insufficenza di sangue nell'albero arterioso, con stasi venose ed anche il polso spontaneo di Becker. Le emorragie del vitreo, della retina e della papilla, nonchè l'atrofia del nervo ottico, come asserisce il Professor Quaglino, data una ateromazia vasale, ponno essere conseguenza della insufficenza delle valvole aortiche.

Le affezioni della mitrale, massime se coesistono con altri disturbi, ponno favorire lo svolgersi di cateratte, glaucomi, retiniti, neuro-retiniti e conseguenti atrofie nervose. In un caso di insufficienza della mitrale combinata alla stenosi, sorse una retino-coroidite essudativa che sembra da attribuirsi a questa sola alterazione. Individui anemici, nervosi, cardiopatici, soffrono alcune volte di ricorrenti ambliopie per anemia arteriosa della retina e per ischemia attiva dei vasi. Come induzione pratica della conoscenza di questi fatti, l'A. spera si possa trarre qualche utile precetto curativo.

2° *Molte malattie oculari sono complicate dalla esistenza di malattie cardiache.* — Dopo quanto ha l'A. precedentemente esposto, è facile capire come le malattie a fondo infiammatorio, possano essere mantenute ed accresciute dai vizi cardiaci; per le stesse ragioni il glaucoma primitivo non solo sarà più ribelle alla cura, ma, date certe cause efficenti, si manifesterà più prontamente.

L' ateromazia deve considerarsi come predisponente alle emorragie retiniche ed a quelle *ex-vacuo*. Nell' aneurisma dell' aorta, racconta l'A., per azione esercitata sui rami simpatici, fu visto sorgere il polso arterioso nei vasi retinici e la miosi paralitica della pupilla; nell'aneurisma dell'oftalmica, l'esoftalmo, ecc.

3° *Alcune malattie, senza avere una diretta relazione con*

un visto cardiaco ponno con esso coesistere. — È tra queste la retinite albuminurica che viene aumentata per l'ipertrofia del ventricolo sinistro; l'esoftalmo nella malattia del Basedow in cui uno dei sintomi è il cardiopalmo. Gli individui cardiopatici che troppo si applicano alla luce artificiale, facilmente vanno soggetti a emiopie passeggere, copiopie, ecc. ecc.

4° Infine parla *del presidio diagnostico e prognostico che dà la oftalmoscopia nella trattazione delle malattie cardiache.* — Qui l'A. si è giustamente tenuto in una prudente riserva, giacchè molti dei fatti accennati non sono abbastanza comprovati. Una cosa però merita speciale osservazione ed è la mescolanza del sangue venoso coll'arterioso nella retina, come utile elemento diagnostico a stabilire la probabile comunicazione dei due sangui nel cuore.

2. **I corpi estranei nell'occhio e la calamita.** — Nota del D.r Manchè di Malta.

L'autore dopo aver accennato, di passaggio, ai corpi estranei nell'occhio e più specialmente nella congiuntiva, giustamente osservando come un poco attento esame possa spesso portare a gravi conseguenze facendoci credere ad una congiuntivite, dove realmente non abbiamo che un granellino di rena od altro piccolo oggetto da rimuovere; si ferma più specialmente sui frammenti di ferro che a caso si impiantano più o meno superficialmente, od anco penetrano nell'occhio stesso. A tale riguardo egli raccomanda come utilissimo, ciò che da altri fu già proposto, l'uso cioè della calamita quale mezzo di diagnosi o di cura secondo i vari casi. In mancanza di esperienze proprie ha diligentemente esposti alcuni casi di altri chiarissimi autori a sostegno della sua tesi.

Quando il corpo estraneo sia infitto nella cornea, allora, assicurata la diagnosi colla illuminazione obliqua e colla dilatazione dell'iride, se è necessario, riesce quasi sempre di sloggiarlo con un semplice ago da cateratta che funziona quale leva. Se però è tanto penetrato da essersi infitto nel tessuto dell'iride, allora è utile assicurare la diagnosi avvicinando alla cornea una calamita verso la quale vedremo stirata l'iride. In un caso simile il dottore Keown fatto un taglio alla cornea introdusse una calamita a punta dietro la quale venne il frammento di ferro colla porzione d'iride su cui stava infitto e che fu escisa.

Trovandosi il frammento di metallo infitto sul cristallino, l'A. fa una distinzione a seconda che è da lungo o breve tempo che vi si trova. Nel primo caso crede utile il consiglio del Wecker di attendere che l'irritazione sia cessata e la cateratta completa; nel secondo consiglia di tentare l'uso della magnete per limitare l'opacamento se è possibile. Cita a tale riguardo due casi: uno del D.r Hardy di Londra, in cui un frammento di ferro potè essere distaccato dal cristallino con una potente magnete facendolo cadere nella camera anteriore da cui venne estratto in uno ad un lembo dell'iride, restando una cateratta traumatica che si è gradatamente assorbita; ed uno del D.r Keown, in cui un pezzetto di ferro potè essere estratto colla introduzione di una magnete a punta, previo il taglio della cornea, lasciando solo una opacità parziale del cristallino. L'A. ci consiglia quindi a tentare in questi casi l'uso della calamita, sebbene altri sia piuttosto per la pronta estrazione della lente.

Per ultimo parla dei casi più gravi in cui il corpo straniero, ferita la cornea o la sclerotica, ha potuto portarsi nella camera posteriore e fino in vicinanza del nervo ottico. In questi casi qualunque tentativo è certamente lodevole, giacchè ci troviamo nella dolorosa certezza della sopravvenienza di una ottalmia del bulbo. L'ottalmoscopo, quando non abbiamo il rapido intorbidamento dei mezzi diotrici, ci lascierà vedere questo corpo straniero, ma la calamita ci servirà di più sicura diagnosi giacchè avvicinandola alla ferita vedremo il frammento metallico attratto al contorno del bulbo, e qualche volta esportato od almeno portato così vicino al bordo della ferita da essere poi levato colle pinzette. In un caso ha potuto la magnete servire come specillo, giacchè introdotta attraverso la ferita andò a toccare il frammento metallico assicurandone così la presenza, e portandolo gradatamente vicino alle labbra della ferita stessa, da cui fu estratto con esito fausto. In altro caso si potè estrarre, sebbene con esito infausto, un frammento di ferro che trovavasi in vicinanza della retina alla parte esterna della pupilla.

L'A. conclude augurandosi che tal mezzo sia tentato più spesso nei casi traumatici recenti con presenza di corpi estranei nell'occhio.

Livorno, li 21 Agosto 1879. D.r A. Levi.

3. Ambliopie ed amaurosi tossiche. — (Libro del signor Galezowski).

(Continuazione, vedi anno I, pag. 176).

IV. Atropinica. — L'A. comprende nel capitolo destinato allo studio di quest'ambliopia una serie di articoli, coi quali sviluppa il suo argomento oltre i confini della ambliopia stessa, giacchè egli, molto a proposito, ha trovato opportuno di richiamare l'attenzione del lettore sopra gli inconvenienti che sorgono per l'uso prolungato dell'atropina: inconvenienti che sono sempre poco studiati. Ed infatti l'atropina, instillata nell'occhio, determina degli accidenti locali (oculari), degli accidenti generali (nervosi) o dei disturbi visivi puri e semplici.

Articolo 1. *Cromatopsia* o visione colorata. Risulta dalla osservazione che alcuni individui, pochi in verità, ricevono tale una eccitazione retinica per la instillazione di un collirio di atropina, che vedono tutti gli oggetti che fissano, colorati in *rosso*, *rosso scarlatto*, *rosso sanguigno*. Tale visione colorata dura generalmente quanto l'effetto dell'atropina sull'iride, per quanto si abbiano esempi di una durata protratta anco a 4 o 6 mesi dopo la sospensione dell'atropina: e secondo l'A. il fenomeno si produce, più che in altri facilmente, negli operati di cateratta.

Articolo 2. *Ambliopie atropiniche*. Non sembra che nelle condizioni ordinarie di un occhio, sia da temere un'amaurosi per dato e fatto dell'atropina, ed i fatti segnalati fin qui sembra che si riferiscano tutte ad osservazioni fatte sopra occhi glaucomatosi. Ed i disturbi visivi che d'ordinario si verificano debbonsi per intero alla dilatazione della pupilla ed alla paralisi dell'accomodazione.

Articolo 3. *Attossicamento generale e delirio atropinico*. La osservazione ha dimostrato che la instillizazione, nell'occhio, di qualche goccia d'atropina può dar luogo al delirio, ed in un caso che appartiene a M.r Richet, il malato aveva anche la febbre la quale periodicamente si rinnuovava tutte le sere, poco dopo la instillazione del collirio, per cessare completamente l'indomani. Questi accidenti tossici si verificano più facilmente sui vecchi che sui giovani; e se mai, in questi prendono più spesso la forma di tremiti nervosi, di nausee e di vertigini.

Per prevenire questi sconcerti l'A. raccomanda agli infermi di non ingoiare la saliva per qualche minuto dopo la instillazione dell'atropina (1).

Articolo 4. *Congiuntivitide atropinica*. Continuando l'uso dell'atropina per delle settimane o per dei mesi, si desta una irritazione in tutta la congiuntiva e talora, con tal grado da simulare una congiuntivitide granulosa, od una di quelle sintomatiche di grave ottalmia interna. E con molta opportunità l'A. ci offre il quadro de' sintomi di questa varietà di congiuntivitide, imperocchè non rade volte vedesi continuare, anzi aumentare l'uso di questo agente tossico per modificare uno stato della congiuntiva del quale esso è stato l'unico agente che lo ha eccitato e che lo mantiene. Ora questi sintomi sono:

a) L'occhio si fa rosso ed è costantemente ripieno di lacrime; la mattina le palpebre sono appiccicate, per una sostanza glutinosa, mentre nel corso della giornata sgorgano delle lacrime pure, irritanti, che infiammano la superficie cutanea delle palpebre e delle gote.

b) La palpebra superiore è abbassata e l'occhio è socchiuso; per la fotofobia.

c) La superficie muccosa delle palpebre è come granulosa.

d) L'orlo palpebrale è ordinariamente arrotondato, rovesciato in fuori, ed il punto lacrimale allontanato dall'occhio, non può assorbire le lacrime che sono di quantità esagerata.

e) La congiuntiva bulbare prende una speciale colorazione giallo-grigiastra; in generale è poco iniettata ed è ricoperta di piccoli rilievi semi-trasparenti e come gelatinosi. Presso l'orlo della cornea, questi rilievi si sviluppano tanto, che alle volte paiono tumori epiteliali.

f) Queste congiuntivitidi, alla lunga, ponno dar origine a

(1) Con questa precauzione l'A. ci fa intendere come egli pensi che l'assorbimento atropinico si produca per la via dello stomaco: e realmente è così. Tali inconvenienti non debbono ripetersi dall'atropina assorbita dalla superficie oculare, ma da quella che introducesi nelle vie lacrimali e quindi giunge allo stomaco traversando il naso. Ora le cose stando così, sarà migliore precauzione quella che consiste nel premere con un dito sulla regione del sacco lacrimale durante un minuto o due, per impedirgli la funzione di ricevere i liquidi del sacco congiuntivale.

serii disturbi nella nutrizione della cornea, cioè cheratitidi talora superficiali, ma fin anche suppurative.

Dopo questo l'A. ci fa sapere ciò che egli stima conveniente contro queste congiuntivitidi atropiniche, e dice che in primo luogo sospende affatto e per più mesi di seguito l'uso dell'atropina. Precetto savissimo, perchè la clinica ha insegnato che quando l'organismo od un tessuto rimase saturo di una sostanza tòssica ne serba molto tempo una squisita intolleranza. In secondo luogo sottopone l'occhio ai vapori dell'acqua calda, per facilitare la circolazione sanguigna. In terzo luogo cauterizza col nitrato d'argento ad alta dose (0,15 ovvero 0,25 per 10 grammi di acqua distillata).

Articolo 5. *Abscessi ed ulceri della cornea.* Facilmente si comunicano alla cornea quelle irritazioni che sopra vedemmo per l'atropina destarsi nella congiuntiva. Ne risultano degli abscessi e delle ulceri. Queste lesioni cheratiche mostrano la loro natura assai facilmente, perchè le si trovano accompagnate dalle lesioni congiuntivali sopra descritte, perchè sotto l'azione dell' atropina subiscono un rimarchevole peggioramento, perchè in tali casi la pupilla si dilata pochissimo, ed in vicinanza delle ulcerazioni, vedesi un orliccio grigiastro, vascolare, che simula l'epitelioma.

Nei casi di questo genere giovano i colliri di morfina e le fomentazioni calde con soluzione di estratto acquoso d'oppio.

Articolo 6. *Peggioramento della iritide.* L'A. dice non sapersene rendere ragione, ma avere osservato molti malati d'iritide ai quali aumentano le sofferenze con la instillazioni d'atropina. Ed in tali casi, Egli dovette abbandonare questo medicamento e ricorrere all'eserina ecc. ec. (1).

Articolo 7. *Infiammazione del sacco lacrimale e deviazione dei punti lacrimali.* L'A. crede di avere osservato che sotto l'azione dell'atropina si accendono degli stati flogistici del sacco lacrimale, e più di una volta questo fatto gli si è mostrato come formale controindicazione all'uso del midriatico, per altre ragioni, richiesto. Laonde concludesi:

1. L' azione tossica ed irritante dell' atropina instillata nel-

(1) Vedi in proposito quanto è scritto nello *Imparziale*, anno 1877, pag. 364, il R.

l'occhio dà luogo ad una congiuntivitide persistente con sviluppo di false granulazioni, entropion ed accidenti nel sacco lacrimale.

2. La persistenza di questi fatti dà luogo a lesioni della cornea e dell'iride.

3. L'intossicamento generale può prodursi con forme gravi, specialmente ne' vecchi.

4. La persistenza degli accidenti inflammatori dell'occhio, o l'aggravarsi dei medesimi ad ogni nuova instillazione del collirio deve far sospettare l'effetto tossico del medicamento.

5. In tutti questi casi converrà smettere l'uso dell'atropina, e ricorrere ad altri medicamenti quando non possa convenire l'aspettazione. *(Continua).*

FORMULARIO.

Collirio contro il panno tenue della cornea.

Pr. Essenza di trementina. } porzioni eguali.
Olio d'oliva. }

per instillazioni del sacco congiuntivale.

NOTIZIA NECROLOGICA

L'ottalmojatria italiana ha perduto recentemente uno de' suoi cultori distintissimi, con la morte di **Giulio Flarer** figlio a quel Francesco che fu già lustro e decoro della Università Ticinese. Moriva il 17 Giugno 1879. Aveva 49 anni, quando lodato scrittore di argomenti gravissimi di oculistica, ne faceva sperare che avrebbe potuto portare grandi vantaggi all'arte nostra.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*
Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Anno II. Firenze, 1° Ottobre 1879. N. 2.

SCRITTI ORIGINALI

IRIDODIALISI RIMEDIATA CON L'IRIDOENCLESI.

Mi sembra non fuori di proposito il richiamare l'attenzione dei lettori sopra una operazione, mercè la quale si può portare rimedio allo scollamento della periferia dell'iride, dal cerchio ciliare.

Questo scollamento, che lo Scarpa ci additò come mezzo di formare una pupilla artificiale, e che a lui stesso forse lo insegnò il caso o l'accidentalità avvenuta durante una diversa operazione, è un fatto che si osserva assai di frequente ed origina degl' inconvenienti pei quali noi abbiamo interesse a toglierlo di mezzo. Ora questo si può facilmente ottenere procurando di far aderire la periferia dell'iride nei labbri di una ferita scleroticale fatta ai limiti della camera anteriore. E simile operazione è già stata eseguita più volte. Il Gradenigo, il Businelli, il Cadei ne hanno, alla riunione napolitana dell' Associazione ottalmojatrica italiana, reclamata la priorità ed hanno mostrato di averla eseguita senza che l'uno sapesse della operazione dell'altro. Ciò vuol forse significare che per tale operazione i casi pratici ne offrivano chiaramente l'indicazione. Ed in verità costatando i disturbi visivi che cagiona lo scollamento dell' iride, a ciascuno deve venire in mente di farli cessare riconducendo l'iride alla sua posizione e fissandovela.

I tre nominati chirurghi non hanno distesamente parlato del modo tenuto nel praticare le operazioni loro, ma avendo detto di aver praticato l'iridoenclesis, hanno fatto supporre di aver praticata una operazione molto simile a quella che già da non poco tempo si pratica per spostare l' apertura pupillare; e quindi ci hanno messo in caso di poterli imitare.

Ed ora io voglio parlare di ciò; e per tanto mi servirò di quella forma di dire che mi è sempre sembrata la più efficace; vo' dire che racconterò la storia di un caso che recentemente osservai.

Un uomo, N. N. di Pistoja, aveva avuto qualche mese indietro una perforazione ulcerosa della cornea sinistra, in prossimità del

termine di un raggio superiore interno. Per la perforazione avvenne l'ernia dell'iride, che un chirurgo, molto giudiziosamente, credette bene di escidere poichè la trovò inreducibile. Ma, per compiere il suo atto operatorio, avendo il detto chirurgo afferrata l'ernia con pinzette onde non sfuggisse all'azione del tagliente, in un momento brusco del malato, ne risultò una trazione così violenta che l'iride si distaccò per lungo tratto dal cerchio ciliare. Praticata poi l'escisione della porzione fuoriuscita, avvenne l'adesione di quella porzione di membrana iridea che corrispondeva alla ulcerazione cheratica, e così si ebbe una sinechia che divideva in due scollamenti parziali, la larga iridodialisi accidentalmente prodotta. Per questo il malato finì per avere tre pupille, o dirò meglio per avere tre aperture, per le quali i raggi luminosi entravano nella camera posteriore. Una, e la più grande di tutte, era la pupilla normale che aveva presa la forma di una pera con il gambo alla sinechia cheratica, lo che vuol dire in alto ed in dentro, verso dove era detta pupilla attratta in totalità. Un'altra era in alto, a forma di semiluna, ed era formata dal vacuo risultato dallo scollamento della porzione superiore dell'iride, e con una estremità raggiungeva la parte esterna della camera anteriore, e l'altra finiva alla sinechia.

La terza pupilla si originava egualmente dalla sinechia ed occupava gran tratto della porzione interna della camera anteriore. Potrebbe dirsi che le 3 pupille partivano da un punto comune, che era quello dell'adesione dell'iride alla cornea, e da questo punto si divaricavano, riproducendo all'ingrosso la forma del trifoglio.

Per un tale stato di cose, il malato era disturbato non lievemente, perchè egli aveva la visione confusa per tutti gli oggetti che riguardava, e perchè se prendeva di mira un punto luminoso ristretto o spiccato, come una fiaccola, aveva diplopia. Per tanto reclamava soccorso.

La pupilla superiore perchè era nascosta dalla palpebra, parve potesse trascurarsi; ma la pupilla interna conveniva fosse cancellata o tolta di mezzo, riportando il velo irideo fino alla periferia della camera anteriore, dalla quale si era discostato. Ora, ecco come fu fatto. Il malato fu sdraiato nel letto; le palpebre divaricate col blefarostato a molla, e l'occhio fissato in abduzione mercè pinsette a denti di lupo. Allora con un coltellino triangolare pie-

gato sul manico, molto stretto e molto acuminato, si penetrò nella camera anteriore attraverso la sclerotica, praticando una ferita a orli paralleli, della estensione di 3 millimetri. Aperta così la camera anteriore, siccome sarebbe stato difficile far agire un paio di pinsette, anche quelle del Leibrech comprese, si introdusse un sottilissimo uncinetto di argento, uncino di Tyrell, e con questo si afferrò la periferia iridea e si attrasse fino nella ferita, ove si lasciò. Mercè l'atropina si cercò di far scorciare le fibre raggiate dell'iride; si praticò una fasciatura *moderatamente* stretta; si chiuse anche l'occhio opposto, e si lasciò l'infermo nel letto, raccomandandogli di mantenersi immobile.

Un successo completissimo coronò questa operazione, che era accaduta in modo, da dire quasi elegante.

Ma, non è da credersi che in ogni caso di scollamento dell'iride si possa praticare una operazione così semplice, perchè quando abbiamo il cerchio pupillare libero, con molta probabilità l'iride rimessa al posto, se ne riallontana e si riproduce la pupilla accidentale, sotto l'azione delle fibre dello sfintere pupillare; e ciò anche se produciamo la midriasis atropinica. Allora converrà, mercè una legatura, o comunque, obbligare l'iride a rimanere nella ferita finchè non sia avvenuta l'adesione. Nel caso mio l'attrazione praticata dalla sinechia rendeva così poco mobile il velo irideo, e lo traeva così nella direzione del luogo ove avevo praticato l'inchiavamento, che parve mi dispensasse da ogni mezzo contenitivo, ed il risultato dell'operazione giustificò pienamente le mie previsioni.

S.

RIVISTE

1. Ambliopie ed amaurosi tossiche. — (Libro del signor GALEZOWSKI).

(Continuazione, vedi anno II, pag. 13).

V. SOLFO-CARBURICA. — Fino dal 1856, Delpech richiamò l'attenzione sugli effetti tossici del solfuro di carbonio nei lavoratori di caoutchouc, i quali adoperano il solfuro come solvente. Fra

questi effetti tossici, sono notevoli i disturbi visivi quali sono: a) *Disturbi funzionali semplici;* b) *paralisi dell'accomodazione;* c) *ambliopia carbo-solfurica;* d) *perinevrite ottica;* e) *atrofia delle papille del N. O.*

a) I disturbi visivi senza lesioni apprezzabili si manifestano di preferenza in quel periodo nel quale l'organismo mostrasi in stato di eccitazione (attossicamento cronico, 1° periodo). Consistono: in *visioni colorate;* verde, rosso, violetto; fenomeno transitorio e di poca importanza; in *diplopia* egualmente passeggiera e probabilmente dovuta a contrazioni spasmodiche degli oculomotori. — Allontanando l'individuo dalla influenza tossica, tutto rientra facilmente nell'ordine.

b) La paralisi dell'accomodazione si manifesta nel periodo di depressione dell'attossicamento, ed è accompagnata, o presto seguita, da alcune di quelle anestesie che caratterizzano questo periodo del male; e per es. l'anestesia della cornea.

c) L'ambliopia, somiglia a quella nicotinica. Contro di essa giova il fosforo (1m,0, 2m,0 a 5m,0).

d, e) Sono lesioni che l'A. crede dover ammettere citandone degli esempi, i quali per verità non convincono interamente.

PER LA QUARTA RIUNIONE

DELL'ASSOCIAZIONE OTTALMOLOGICA ITALIANA.

Sotto questo titolo, in ciascun numero del *Bollettino,* disporremo quegli argomenti che si riferiscono ai quattro quesiti che dovranno esser trattati in Milano alla prossima riunione dell'Associazione ottalmojatrica.

Facilmente si comprende il nostro intendimento. Noi desideriamo di preparare i nostri lettori, che per la massima parte non hanno tempo nè modo di tener dietro alle quistioni della specialità, a quello studio del quale altrimenti forse non potrebbero giustamente apprezzare l'importanza.

Oggimai i Congressi sarebbero inutili, se li privassimo dell'unico vantaggio che loro rimane, qual è quello di parlarne avanti e di criticarli dopo. Noi non ci crediamo da tanto da po-

tere intraprendere il lavoro critico, e la più grossa pietra che possiamo portare all'edificio si è di accennare quelli studi che si compiono intorno ai soggetti, dei quali l'Associazione si dovrà occupare.

Intanto oggi abbiamo trovato nel *Recueil d'Ophthalmologie* uno studio del Golezowski che ha rapporto col 1° quesito (Vedi Anno I, pag. 199), e subito lo notiamo.

Sulla visione rossa degli operati di cateratta.

Galezowski ha osservato che taluni dei suoi operati di cateratta, dopo che erano perfettamente guariti, si lagnavano di vedere, o sempre od in speciali condizioni di illuminazione, una luce rossa sugli oggetti presi di mira, e segnatamente quando giravano lo sguardo verso la parte oscura della stanza.

L'osservatore ha premura di avvertirci che nei casi da lui studiati non poteva sospettarsi l'influenza di nessun principio tossico; atropina, morfina, ecc. ecc. Riporta quattro osservazioni; ma dice che si ricorda bene di aver osservato questo fenomeno anche altre volte. Questo il fatto. Or quale interpretazione comporta? Non è possibile ammettere l'esistenza di una qualunque lesione del fondo oculare, perchè l'esame, il più attento, non ha mai fatto vedere alcun che di morboso o di anormale. E l'osservazione non permette di accettare per spiegazione quella del Poucet, cioè che trattisi di uno stato congestivo del cervello o delle membrane interne dell'occhio.

In presenza di questi fatti l'A. si domanda se non sarebbe giusto di pensare a quel rosso retinico che Leydig e Max Schultze osservarono sugli anfibj, e sul quale Ball ha nel 1876-77, richiamato l'attenzione dei fisiologi.

Secondo Boll e Kühne, questa colorazione è prodotta da una materia pigmentaria chiamata *eritropsina*. Boll con l'acido acetico l'ha cangiata in color d'oro. Ewahl e Kühne ne hanno fatte delle soluzioni alcooliche. Questo rosso per la luce si decolora, ma nella oscurità si rigenera, passando per le gradazioni gialle, *chamois* e rosa.

Il miglior solvente è la bile od un colato. La soluzione filtrata, è di un bel rosso. La soluzione assorbe tutto lo spettro, dal giallo verdastro fino al violetto.

Esposta allo spettro di un prisma di *flint* la retina passa intieramente, in quindici minuti, al giallo verdastro e fino al principio del verde puro. Essa impallidisce più lentamente nel verde bluastro, il bleu ed il violetto. Lo scoloramento è completo nel verde e verde bluastro, appena apparente nel giallo e nell'arancio; è nullo nel rosso.

Si conserva in una soluzione di allume 5 0[0 ed in quella di cloruro di sodio 1[2 0[0.

Ora il cristallino nell'occhio non potrebbe forse agire come il prisma di *flint* o di qualunque altra materia assorbendo la porpora retinica? Ed una volta estratto il cristallino, non può accadere che il rosso retinico subisca una eccitazione più grande e produca la visione rossa? In altri termini, la visione rossa negli operati di cateratta è il risultato della percezione del rosso retinico per l'occhio stesso?

L'A. sa di non avere emessa che una ipotesi, e su questa invita i colleghi a studiare.

FORMULARIO

Salicilato cristallizzato di physostigmina (o eserina).

Il fatto che le soluzioni acquose dei salicilati di altri alcalodi hanno la facoltà di conservarsi in alto grado, condusse il sig. E. Merck a preparare un salicilato di physostigmina (o eserina). Questo supera tutti gli altri sali di questo alcaloide in purità e stabilità. Esso forma dei cristalli incolori, lucenti, aghiformi o apparentemente romboedrici. È facilmente solubile in ventiquattro parti di alcool assoluto, ma ha bisogno di cento trenta parti d'acqua per sciogliersi alla ordinaria temperatura. L'acqua calda lo scioglie facilmente e le soluzioni di uno su cinquanta raffreddandosi spesso, restano per delle settimane senza depositare l'eccesso a causa della soprasaturazione. I cristalli sono inalterabili alla luce (almeno furono per tre settimane); le soluzioni acquose o alcooliche tenute alla luce diffusa in vasi ben chiusi, cominciarono ad arrossare dopo uno o due giorni, ma mai presero la tinta scura del solfato, che arrossa poche ore dopo essere stato sciolto

nell'acqua. La sua composizione fu trovata la seguente: physostigmina parti 66,6; acido salicilico parti 33,4, il che corrisponderebbe alla formula $C_{15}\ H_{21}\ N_3\ O_2.\ C_7\ H_6\ O_3$. Quanto agli effetti è almeno eguale agli altri sali, se non più attivo.

(*Zeitsch. Österr. Apoth.*).

VARIETÀ

Gli occhiali isocromatici ideati dall'ottico Carlo Ponti di Venezia. — Quando l'anno decorso credemmo opportuno di dir due parole a proposito degli occhiali colorati, dovemmo notare il grave inconveniente che hanno gli occhiali, sì da presbite che da miope, se vengono preparati con vetro colorato, e dicemmo che per dato e fatto della curva che aveva la lente, il vetro doveva essere in certi punti più alto ed in certi più basso, dal che ne seguiva che si avevano diverse intensità di colorazione. Negli occhiali concavi il vetro essendo più sottile nel centro che alla periferia, si aveva nel centro minore ed alla periferia maggior colorazione. Negli occhiali convessi accadeva l'inverso. Ed allora accennammo che si poteva ovviare a questo inconveniente incollando con balsamo del Canadà delle lastrine di vetro colorato sopra la lente circolare (sistema Lerebours).

Ma simili vetri isocromatici del Lerebours che sono assai buoni, e quando scrivevamo per noi erano i migliori, non sono privi di gravi inconvenienti che qui ora non vogliamo ripetere. (1)

Ora il signor Ponti penetrato di tutti quegli inconvenienti cercò di ripararvi, e trovandosi nel paese dell'arte vetraria, ebbe modo di *sostituire alla lastrina di vetro tinto, incollato col mastice sulla lente, uno straterello di vetro colorato, di uniforme spessore, saldato a fuoco sulla lente stessa.*

Coadiuvato dall'opera di abili e intelligenti vetrai, ei potè provvedere la sua officina di lastre incolore addoppiate a fuoco con uno strato di vetro azzurro o di tinta neutrale più o meno oscura e di uniforme grossezza. Ottenute col calore le curvature generali nelle lenti; impartiti ad esse i gradi di rifrangenza ri-

---

(1) Vedi *Bollettino*, anno I, pag. 104.

chiesti dalle viste differenti, lavarandole nelle parti incolore e non modificando le colorate che per renderle di assoluta curvatura sferica, potè produrre *lenti isoperiscopiche* ed isocromatiche sì da miopi che da presbiti, perfettissime, prive cioè del grave difetto pel quale le antiche riuscivano spesso più di nocumento che di vantaggio agli occhi deboli e sofferenti.

Gli occhiali muniti di tali lenti, stante la semplice loro struttura, il Ponti li può fornire a prezzi modicissimi, cioè ai prezzi degli isoperiscopici a lenti incolore.

Il brevetto di questa invenzione è sotto la tutela delle leggi, relativamente alla proprietà.

NOTIZIE

La Commissione ordinatrice della 4ª riunione dell'Associazione ottalmologica italiana che avrà luogo in Milano dal 1° al 4 settembre 1880, è presieduta dal Chiariss. prof. Antonio Quaglino. Al medesimo dev' essere diretta tutta la corrispondenza che può riguardare l' Associazione suddetta.

Tesi sostenute alla Facoltà di medicina di Parigi dal 26 maggio al 6 agosto 1879

Giffo. — *Quelques considérations sur la fièvre des foins.*

Quioc. — *De la discision périphérique ou équatoriale avec conservation des deux cristalloïdes, dans l'extraction lineare et périphérique de la cataracte.*

Dubois. — *Considérations sur l'etiologie de l'héméralopie.*

Jacob. — *De la conjonctivite d'origine leucorrhéique.*

Batut. — *Quelques considérations générales sur la mélanose à propos d'un cas de mélano sarcôme de l'œil.*

Briolat. — *Étude sur la luxation sous conjonctivale du cristallin.*

Coiffier. — *Indications cliniques fournies par la papille.*

Parenteau. — *De la cécité congénitale sans lésions, ayant guéri quelques mois après la naissance.*

Thou. — *Contribution à l'étude de quelques tumeurs rares de conjonctive.* (Dal *Recueil d'ophtalmologie*).

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*
Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

ESCISIONE DELL' ERNIA IRIDEA NELLE ULCERAZIONI DELLA CORNEA, *del Dott.* A. Simi.

Allorquando, in conseguenza di una ulcerazione perforante della cornea, la membrana iridea si protunde attraverso la perforazione, producendo quanto si dice l'ernia dell'iride (miocefalon), la condotta che l'oculista deve tenere è tanto nettamente tracciata, che può sembrare strano che io ne tenga parola ai miei lettori. Ma, ciò non ostante, io credo di avere buone ragioni pratiche per farlo, e mi piace di ricordare quanto in simili casi non debbasi esitare a mettere in atto.

L'ernia dell'iride deve guardarsi sotto due aspetti. Ed invero; da una parte abbiamo il tessuto della membrana protusa che si trova esposto all' aria esterna, alla confricazione delle palpebre, al contatto del secreto congiuntivale e delle lacrime, e che perciò infiammasi, e può anche nella infiammazione tanto trasmodare da metter l'occhio in gravissime condizioni. Da un'altra parte, abbiamo la perforazione della cornea che non può rimarginare e chiudersi, perchè attraverso della perforazione sta l'ernia come un corpo estraneo che ne tiene divaricati gli orli. Anzi, per il successivo aumento dell' ernia in conseguenza del riempimento di questa per l'umore acqueo, si determina sugli orli dell'ulcera una tale pressione, che tende ad ingrandirla; e noi vediamo di giorno in giorno allargarsi l' ulcera stessa, quindi farsi più grosso il colletto dell' ernia, e l' ernia aumentare per il distendimento del tessuto, sino a divenire trasparente, e qualche volta cedere alla pressione e rompersi.

Se ciò poi avvenga, noi osserviamo che l' ernia si fa vizza, l'apertura cheratica non è più premuta, e tutte le cose volgerebbero al bene, se non fosse che prestissimo si cicatrizza la rottura dell'iride, l'ernia si rigonfia e tutto torna da capo.

Dopo qualche tempo l' ernia si ricuopre di un tessuto cicatriziale che la rende più solida, la strangola e saldandola all' apertura della cornea, ne impedisce il progresso e dà termine alle vicende del vuotarsi e del riempirsi della vescicola formante l'ernia.

In questo caso nel luogo dell'ernia si vede una macchia bianca,

tendinea, *leucoma aderente*, più o meno grande, nella quale rimane impigliato il tessuto dell' iride;. ma il malato, come *suol dirsi*, è guarito. E si dice così, per opposizione a quei casi nei quali l'ulcerazione cheratica si estende a tutta la cornea, o quasi, e l' iride si protunde nella massima parte della sua estensione, lasciando l'occhio incapace di vedere.

Ma nel caso migliore, e quando *suol dirsi* che il malato è guarito, non dobbiamo illuderci; il male non ha fatto che entrare in una nuova fase. Ed invero, quando la cicatrice è effettuata, l'occhio aumenta di tensione e si stabilisce più presto o più tardi un attacco glaucomatoso pel quale conviene devenire ad una iridectomia, e dobbiamo reputarci fortunati quando le condizioni anatomiche delle parti sono rimaste tali da non rendere la operazione impossibile, giacchè sempre la fanno difficilissima.

Queste poche parole dicono apertamente, come noi non possiamo bene augurarci per l'esito della malattia se la lasciamo a sè stessa, come non sia sufficiente aiutare la natura perforando l' iride protusa per farla avvizzire, come non sia buona pratica il cauterizzarla per avere più pronta la cicatrice. Nel caso di una medicatura espettante possiamo avere maggiore distruzione di cornea; quando vuotiamo l'ernia con le punture, facciamo una medicatura che non protrae la sua azione al di là di poche ore; quando cauterizziamo, rischiamo di destare un processo flogistico che si può estendere fino ai processi ciliari. E poi, sempre, in ogni modo arriviamo là dove si riscontra necessaria l'escisione di un lembo dell' iride. O non sarebbe più savio consiglio incominciare da questa? Così appunto deve farsi, e la cura ordinaria dell'ernia dell'iride deve essere la sua escisione, o dirò meglio, dev'essere una iridectomia nella quale il lembo da asportarsi deve cadere sulla porzione protusa dell' iride. Ed ho corretto la mia espressione perchè non volevo approvare quella escisione superficiale che alcuni fanno a fior di cornea, per la quale non viene tolto che l'apice dell' ernia, rimane la sinechia, ed il tessuto di cicatrice cavo si ridistende nuovamente dopo pochi giorni richiedendo più operazioni di seguito. Invece reputo che il colletto dell'ernia debba essere distaccato dalle sue aderenze con la perforazione cheratica, che una porzione di iride che ancora è nella camera anteriore debba esserne tratta fuori, e su questa debba cadere il taglio,

onde nell'iride si formi una perdita di sostanza più larga dell'apertura corneale. È questa un' operazione di nessuna difficoltà ed i cui effetti benefici sono ormai notissimi agli oculisti. Ecco come io l'ho eseguita, di questi giorni, in uno dei miei clienti. Trattavasi di una bambina di circa 14 anni, affetta da ottalmia purulenta, durante la quale con massima prontezza si determinò la perforazione della cornea sul diametro orizzontale alla unione, circa, del 1|3 interno coi 2|3 esterni; e per questa si formò una protusione dell'iride che aveva la grandezza di una veccia.

Ho fatto collocare la bambina seduta, ed ordinato all'assistente di divaricare le palpebre. Io era seduto in faccia all' inferma ed aveva sul naso un paio di larghissimi occhiali con vetri semplici, che mi permettevano di avvicinarmi all' inferma senza pericolo di inquinare i miei occhi. È qualche tempo che io uso la precauzione d'adoprare questi occhiali, giacchè quando si rompe l' ernia dell'iride, suole aversi un getto di umore acqueo che si projetta assai lontano e obbliga l'operatore a stare da un lato e sempre con la paura di riceverlo negli occhi. Nè questa posizione laterale è comoda per compiere l'atto operatorio come io credo che debba farsi. Anzi; talora avviene che l'operatore o per essere in posizione scomoda o per essere sorpreso dal ricevere un liquido negli occhi appena afferra l'ernia con le pinzette e la rompe, esercita una trazione inconsulta ed improvvisa, che può far distaccare l'iride dal cerchio ciliare, come io, nel *Bollettino* del mese decorso, raccontai essere ad altri avvenuto.

Così preparate le cose, afferrai l'iride protusa con un paio di pinzette da iridectomia, e la tenni salda, mentre l'acqueo venne a schizzare ne' miei occhiali; la tenni salda e poi con blanda e sostenuta trazione la disimpegnai dalle aderenze ormai contratte con la cornea; e quando mi parve che fosse tutta libera e che seguitando a tirare con le pinzette s'impegnava nuova porzione di membrana, la recisi con un paio di pinze-forbici di Wecker. I lembi iridei si ritirarono completamente nella camera anteriore. Applicai dell'atropina, ed una semplice fasciatura. E ciò feci a mano volante, ma per coloro che non hanno molta pratica nell' operazioni sugli occhi, è bene consigliare di procurarsi l' immobilità della parte, fissando l'occhio con un paio di pinzette ottalmostate.

L'ulcera della cornea cicatrizzò con molta prontezza e lasciò

una stimgale appena visibile. L'apertura pupillare fu pochissimo deformata, perchè soltanto era un poco più larga all'interno, non avendo il mio taglio interessata che la regione pupillare dell'iride. Dopo otto giorni, da quello della operazione, l'inferma era completamente guarita, e guarita per sempre.

Chi potrebbe paragonare un simile resultato con quelli che si ottengono con le altre ordinarie maniere di medicatura?

RIVISTE

1. Lateropulsione oculare nella paralysis agitans (*Progrès Médical*, Agosto — *Sperimentale*, Settembre 1879).

Questo fenomeno fu per la prima volta notato da Debove, che ne fece soggetto d'una comunicazione alla *Société Médicale des Hôpitaux*, il 16 febbraio 1878. Un altro caso viene ora pubblicato dal dott. Neumann.

Si tratta di un uomo di 62 anni: da sei anni presentava i sintomi caratteristici della *paralysis agitans*, come tremolìo, rigidezza dei muscoli nei movimenti spontanei e provocati, notevole tendenza alla propulsione e retropulsione, immobilità della fisonomia, continuo bisogno di cambiare posizione, senso di calore eccessivo, ecc. Inoltre si lamentava di non riuscire più a leggere come per il passato e di stancarsi prestissimo. Avendolo fatto leggere ad alta voce si notò che i suoi occhi, giunti alla fine di ogni linea, seguivano irresistibilmente la direzione della medesima ed occorreva al malato un certo tempo e molto sforzo di volontà per riportarli sul principio della linea successiva. Debove paragonò questo disordine dell'apparecchio visivo a quello solito ad osservarsi durante la locomozione. È noto come i malati di *paralysis agitans*, una volta dato loro l'impulso a camminare o all'innanzi o all'indietro, non riescano più a padroneggiare i movimenti, ma si trovino loro malgrado trascinati nella data direzione senza potere talvolta giungere a fermarsi. Il medesimo fatto accadrebbe, secondo Debove, per l'occhio il quale animato da un vero movimento di propulsione, o meglio di lateropulsione, continua a seguire involontariamente la direzione d'una linea, finchè per uno sforzo di volontà il malato giunge a riportarlo sulla linea successiva. Siffatta ingegnosa spiegazione viene accettata dal dottor Neumann.

2. **Nistagmo e sua etiologia** (*Archiv. für Ophth.*, XXIV, 4, Pag. 237 e *Movimento*, pag. 424, 1879).

Il nistagmo, com'è noto, si divide in due grandi gruppi, oscillatorio, cioè, e quello nel quale i movimenti avvengono in senso rotatorio; forme miste fra queste però se ne presentano. Nelle sue estrinseche manifestazioni il nistagmo presenta grande rassomiglianza col tremore ordinario. Tanto l'uno che l'altro raggiungono la loro massima intensità negli eccitamenti psichici, angoscia, rabbia, mentre nel sonno cessano ambedue.

Di rado incontrasi il nistagmo nel tremore generale, ad eccezione di quello atassico e dell'altro che presentasi nella sclerosi disseminata; è frequente al contrario nel tremolìo della testa, nelle oscillazioni dei muscoli della faccia e della lingua. Spesso lo s'incontra nei difetti psichici da vizi di conformazione della testa, in principal modo poi in coloro che hanno la vista debole, negli idioti, inoltre nei microttalmici, in coloro che hanno coloboma dell'iride e della coridea, cataratta stratificata, degenerazione pigmentaria della coroidea, albinismo, ecc. Si è osservato altra volta nelle oscillazioni della testa e nella nittitazione. Il nistagmo si osserva inoltre nei versamenti sanguigni che han luogo sotto la dura madre, in conseguenza di trombosi dei seni, nei versamenti sanguigni da pachimeningite o per altra cagione che si avverano alla superfice del cervello, come pure nell'emiplegie per apoplessia cerebrale. Sperimentalmente si è osservato più volte il nistagmo dietro lesione di parti cerebrali profonde, specialmente dei corpi striati, del quarto ventricolo, dei corpi restiformi e del cervelletto. In molti nistagmici esistono disturbi nella percezione dei colori. In alcuni casi è possibile che il movimento oscillatorio possa essere soppresso volontariamente. Spesso il nistagmo è indipendente interamente dall'atto visivo, in altri casi invece è dipendente completamente dalla visione binoculare; è stato osservato in certe direzioni dello sguardo specialmente allo insopra. Gli occhi con quest'anomalia talvolta han forza visiva normale o pressochè tale, nella maggior parte dei casi è diminuita. Anche l'intensità della illuminazione e della direzione dello sguardo influiscono sullo stesso.

L'autore crede che la cagione del nistagmo risieda nel cervello. Questa lesione può essere continua o passeggiera. L'oscillazione

del bulbo dev'essere considerata come un'anomalia del tutto muscolare in conseguenza d'interrotto stimolo nerveo.

3. **Atrofia del tendine d'un muscolo retto interno,** del dott. Mangin (*Recueil d'Ophth.*, Settembre 1879).

Il dottor Mangin intraprese l'operazione per correggere lo strabismo ad un giovine di 23 anni, il quale aveva l'occhio destro deviato in fuori per 12 millimetri. Quando l'occhio opposto era nascosto, l'occhio destro non si poteva mettere in completa adduzione e la parte interna della cornea rimaneva distante 4 millimetri dalla caruncola. L'affezione durava da 17 anni. Il centro della cornea aveva una macchia che era stigmate di un antico abscesso. Il fondo dell'occhio era normale. La refrazione $= \infty$.

Il taglio dei due muscoli retti esterni non poteva dare una correzione sufficiente, giacchè al massimo ed in complesso poteva produrre un raddrizzamento di 6 millimetri. Per questo l'operatore stimò di dover fare una tenotomia od *arretramento* del muscolo retto esterno, e portare in avanti il retto interno, lasciando intatto l'occhio sinistro, per riserbarlo, in caso, per una correzione ulteriore. L'operazione cominciò sul retto esterno, il quale offrì un tendine voluminoso, largo e grosso. Ma quando si trattò di modificare l'inserzione del retto interno, si trovò un tendine largo un millimetro e mezzo circa, stiacciato, sottilissimo e così poco resistente, che non fu reputato capace di sostenere la sutura quale si pratica secondo il metodo ordinario.

Quando poi l'operatore pensò di agire sull'occhio sinistro, trovò il tendine del retto interno grosso e robusto e quale suole aversi nelle condizioni ordinarie.

Forse questo tendine del retto interno destro, era congenitamente meno sviluppato del suo congenere, come lo fa supporre lo strabismo esterno avvenuto in condizioni nelle quali suole invece essere interno. Ma anche l'inazione alla quale fu condannato il retto interno destro dopo che era avvenuta la deviazione strabica, deve avere contribuito a quella diminuzione giunta a tale da essere considerata come vera e propria atrofia.

4. **Sulla persistenza del cordone jaloideo**, per Fournet. (*Idem*).

L'autore ha osservato due casi di questa anomalia.

Il primo caso riguarda un militare dell'età di 22 anni, al quale

esaminò gli occhi perchè erano deviati (strabismo esterno alternante). L'infermo non raccontava precedenti ereditarii; era robusto, ma di intelligenza ottusa. Dall'occhio sinistro non aveva mai veduto, e la percezione qualitativa era = 0. Dall'occhio destro vedeva un grosso scotoma come una farfalla; aveva un'acutezza visiva = 1|6. Camminava a stento, col collo semiflesso ed il capo leggermente volto a destra. I muscoli retti interni erano paretici. Nello sguardo da lungi e diretto, l'occhio sinistro era normale, ma il destro deviava in fuori 4 millimetri: ma qualche volta, nelle medesime condizioni, il sinistro deviava 2 millimetri.

La refrazione era miopica con astigmatismo irregolare.

OD. 4 dioptrie;

OS. 2 dioptrie 1|2.

Ad onta di questo stato di refrazione, gli occhi non erano allungati, nè prominenti, ed avevano tensione normale. Le pupille, all'azione dell'atropina sensibilissime, alla luce erano pigre.

Il campo di visione misurato a 30 centimetri per l'occhio destro si estendeva: in dentro 25 centimetri, in fuori 22 cent., in alto ed in basso 12 cent.

I mezzi erano perfettamente trasparenti nei due occhi, il fondo oculare era arancio pallido con poco pigmento.

Nell'occhio destro si osservava all'imagine rovesciata (con lente 16 dioptrie a 10 cent. dall'occhio) che il nervo ottico aveva la sua forma ordinaria, i suoi diametri normali, nella massima parte della sua circonferenza era decolorato e nel centro era di un rosa pallido uniforme. I contorni erano netti, salvo in alto ed in dentro ove la papilla appariva come continuata in una zona di atrofia coroidea. La superfice, del resto, era trasparente e normalmente situata.

Al centro della papilla di questo lato prendeva origine un filamento che aumentando di volume si portava alla faccia posteriore del cristallino, ove non aderiva, ma dove terminava dividendosi in alcuni filamenti che nuotavano liberamente nel vitreo. Questo cordone, che era di colore nerastro, mostrava un millimetro e mezzo di spessore nella sua parte media, due millimetri alla sua estremità anteriore e 14 a 15 millimetri di lunghezza e sembrava formato da una arteria e da una vena racchiuse in una guaina; ma tornava impossibile vedere se la vena era attorcigliata all'arteria o le correva a lato.

Stando l'occhio perfettamente immobile, si vedevano nel cordone dei leggieri movimenti oscillatorii isocroni alle pulsazioni delle radiali.

Nell'occhio sinistro, la papilla era normale per posizione, grandezza, trasparenza, ecc. ecc. Soltanto nella sua metà interna era male limitata, e nella metà esterna era contornata da pigmento. Alla parte superiore ed interna notavasi una chiazza di atrofia coroidea.

Dal centro della papilla, partiva un cordone grigiastro, che si gettava nel vitreo ed uguale a quello notato nell'occhio destro, con la differenza che non aveva movimenti oscillatorii, e si muoveva in massa secondo i movimenti del globo oculare.

L'autore non mette dubbio sul diagnostico, e dice che anche M.r Perrin convenne con lui che trattavasi della persistenza del cordone jaloideo. Non è ben chiaro sulla natura dell'atrofia coroidea notata egualmente nei due occhi, ma dopo aver sospettato un colobomo delle coroide, pare si sia deciso per ammettere una semplice atrofia per sclero-coroidite.

Il secondo caso fu ancora ritrovato sur un militare e costatato per combinazione. La visione fu sempre buona a sinistra; nulla a destra. Quivi la papilla è bianca, senza trasparenza e con i vasi appena percettibili. Dal centro parte il cordone mobile nel vitreo che si dirige al cristallino ove aderisce. Il punto di aderenza è esattamente situato alla parte centrale del cristallino; è brillante e riflette fortemente la luce. Il filamento si muove in totalità, ma non offre segno di pulsazione arteriosa e perciò è considerato come chiuso.

Le arterie sono piccolissime, le vene normali e non danno nessuno indizio di soffrire strangolamento.

La papilla all'interno (imagine rovesciata) ha un disco di atrofia incompleta, sulla superfice della quale si vedono dei *vasa vorticosa* e delle masse di pigmento. Al di là di questa zona di atrofia coroidea ve ne ha una seconda, circolare, di aspetto madreperlaceo e ricoperta in gran parte da ammassi di pigmento. Si osserva poi una terza chiazza atrofica e questa in fuori e ad 8 millimetri dalla papilla.

Dopo queste storie l'autore ne riporta altre due appartenenti al Galezowski e che sono già pubblicate (1873-1877), e quindi fa delle

considerazioni che io passerò sotto silenzio, perchè ciascuno le rileva da sè da quanto sopra fu scritto.

5. **Escisione del cul di sacco superiore delle congiuntive, nelle granulazioni,** per Giffo. (*Idem*).

Il dottor Giffo, fautore di questa operazione, contro la quale si sono pronunziati non pochi e fra gli altri Terrier, ci riporta la storia succinta di sei ammalati nei quali questa operazione fu utile, e nei quali non si ebbero quelle cattive conseguenze che *a priori* si potrebbero temere per la esportazione della congiuntiva di transizione.

Noi, per verità, ad onta di questi fatti che di buon grado riuniamo a quelli che possiede il Galezowski ed a quelli che recentemente ha pubblicati il dottor Santas Fernandez (oltre 200), esitiamo a consigliare un simile atto chirurgico. Non lo condanniamo interamente, perchè qualche volta potrebbe costituire l'unica risorsa che ci rimane, ma lo consideriamo come mezzo, l'applicazione del quale debba restringersi quanto più si possa.

6. **Contribuzione alla storia clinica ed anatomica dei tumori intra ed extraoculari,** del Prof. Quaglino e Dott. L. Guaita (*Annali di Ottalmol.* Anno VIII, fasc. 2° e 3°).

Sono tre storie. Nella prima si parla di un leuco-sarcoma gelatinoso della coroidea dell'occhio destro, in un uomo di 43 anni, di sana costituzione, che da circa quattro anni pativa di emicrania, dallo stesso lato. D'un tratto fu assalito da dolori violenti. Un mese dopo si presentò alla clinica del Prof. Quaglino. Fu constatata la quasi perdita totale della visione nell'occhio affetto, con stato glaucomatoso evidentemente secondario e sintomatico di altre affezioni delle membrane interne; all'ottalmoscopio scorgevasi una massa giallognola che si trovava nel vitreo. La diagnosi restò incerta fra un essudato da retino-coroidite acuta, e un tumore della coroidea. Essendovi fenomeni infiammatori furono usati mezzi antiflogistici, ma per la tensione aumentata e per la minaccia della ottalmia simpatica, fu decisa e operata l'enucleazione del bulbo.

All'esame anatomico, previa la necessaria preparazione, fu trovato alla parte esterna e mediana dell'emisfero posteriore un tumore di consistenza carnosa, picciuolato, di un diametro massimo di

9 millimetri, che aveva spinto davanti a sè la retina, facendole assumere la forma di un imbuto che partiva dalla papilla ottica e si dirigeva in avanti allargandosi, per inserirsi all'ora serrata. Microscopicamente il tumore era costituito da piccole cellule rotonde od un po' oblunghe munite di nucleo relativamente assai grosso, e di nucleolo; il protoplasma in poca quantità, ialino, trasparentissimo. Fu diagnosticato un leucosarcoma gelatinoso della coroidea, il 10°, a quanto pare, dei tumori di tale natura fin qui noti nella letteratura ottalmologica.

Il secondo caso riguarda un fibroma della cornea all' occhio sinistro di un individuo di 48 anni. Egli non avverte che la difficoltà che prova da tre mesi all'ammiccamento delle palpebre, essendo la visione pochissimo diminuita; è un tumore della grossezza di un piccolo grano di maiz, picciuoluto, di consistenza tendinea, bianco perlaceo, impiantato nel segmento posteriore esterno della cornea. Fu esportato una prima volta rasentando la cornea e toccando poi la ferita col nitrato d'argento; ma essendosi riprodotto, otto mesi dopo fu nuovamente esportato, e questa volta approfondando tanto il tagliente, da interessare gli strati posteriori della cornea ancora trasparenti. Cauterizzato per una quindicina di giorni coi tocchi di nitrato d'argento, non si riprodusse più.

All'esame microscòpico così l'uno che l'altro tumore presentavano la stessa struttura fibrosa, privi di vasi sanguigni e coperti da un epitelio corneale. Essi avevano origine dallo strato della sostanza propria della cornea, da cui poco differivano per struttura.

Il terzo caso è di sarcoma melanotico del corpo cigliare, sviluppatosi per due sottili radici attraversanti la sclerotica sotto la congiuntiva nell' episclera. Si manifestò questo in un uomo di 48 anni, rachitico; pare sia derivato da una causa traumatica, essendo stato l'infermo 5 anni avanti colpito da un ramoscello nell'occhio sinistro. In seguito al trauma subito, presentavasi al lato esterno della cornea una macchia rialzata di color rosso scuro, che dopo due anni cominciò a rigonfiare costituendo un tumore della grossezza di una noce. Fu demolito inutilmente due volte. Alla clinica fu riscontrato essere un tumore grosso come una noce di color bruno-caffè, estendentesi dal bordo corneale fino al disotto della commessura delle palpebre cui impediva di chiudersi completamente. A superficie convessa, bernoccoluto, è scivolante sulla

sottostante sclerotica; di trasparenza opalina, di color bruno bluastro per riflesso.

Pupilla irregolarmente dilatata all'esterno e poco mobile; acutezza visiva buona; reperto ottalmoscopico negativo. Esportato il tumore, apparvero sul taglio fatto le sezioni di due piccole radici approfondantisi nella sclerotica a due millimetri di distanza dalla cornea in corrispondenza del corpo cigliare, che non potevano essere asportate completamente per non ledere le membrane sottostanti. In pochi giorni si cicatrizzò la ferita, ma un anno dopo il tumore riprodottosi aveva coperto tutto l'occhio.

All'esame anatomico ed istologico istituito dal Dott. Guaita fu constatato essere nn sarcoma, che dal suo colore nero fu denominato melanotico, con origine dal corpo cigliare per mezzo delle due radici più sopra descritte. Il nostro autore osserva come quasi tutti i sarcomi della congiuntiva descritti, sieno melanotici, il che proverebbe che derivano generalmente dall' interno dell'occhio non avendosi nella congiuntiva umana elementi pigmentati. Da ciò deriva il precetto pratico che quando non sia sicurissima la loro derivazione congiuntivale, valga meglio asportare l'occhio, quando pure goda ancora della sua funzionalità, di quello che asportare il tumore, il quale tanto facilmente si riproduce; mentre ci esponiamo al pericolo dell'inquinamento generale.

7. **Contribuzione alla tarsite scrofolosa,** pel professor De Vincentiis.

L'autore premette le poche osservazioni che fin qui sono note sulla tarsite scrofolosa; forma di infiammazione piuttosto rara e che ha un decorso quasi sempre lento. Il Michel, considerando la sua formazione come il portato di alterazione generale, quali la scrofola e la sifilide, consiglia per la cura gli empiastri mercuriali localmente e il trattamento generale e le assegna i seguenti caratteri: palpebra superiore (l'esclusivamente affetta) pendente in giù, rigonfia, difficili e dolorosi i movimenti, congiuntiva leggermente turgida, cute iperemica. Il Wecker il quale la crede derivare da violenti attacchi d' infiammazione cutanea in individui scrofolosi, consiglia il trattamento generale e l' idroterapia, non essendo sempre sopportata localmente la cura mercuriale e iodica.

E quindi l'autore riporta la storia di una signora di 35 anni, che,

nata da genitori sani, a 11 anni si ammalava d'ingorghi glandulari multipli al collo, per aver abitato in una casa di fresco costruita. A 30 anni, senza una causa ben nota, soppresse le mestruazioni, si gonfiarono le palpebre si arrossò la congiuntiva prima dell'occhio destro, poscia del sinistro; fu lungamente curata da vari medici, ma con nessun esito. Quando fu visitata dall'autore presentava a destra: palpebre tumide, specialmente la superiore, in cui erano notevoli al tatto due tumori che risiedevano sul tarso, lisci e poco prominenti, de'quali l'interno era più voluminoso; nella inferiore uno solo, uniformemente liscio, che ne occupava tutta la estensione. Impossibile arrovesciare le palpebre; la congiuntiva della palpebra superiore, di cui a stento si scorgeva qualche porzione, era tumida e irta di rilievi facilmente sanguinanti; quella del fornice distrutta; la cornea affetta da cheratite vascolare. Visione limitata: palpebre che di poco si divaricavano: leggera secrezione catarrale con poca lagrimazione: senso di peso.

Nell' occhio sinistro si osserva un rilievo rotondeggiante sul margine aderente del tarso (verso il naso) della palpebra superiore, che non si può rovesciare; nella inferiore in luogo della congiuntiva si ha un tessuto fibroso che si estende dal margine libero della palpebra al bulbo; la rima palpebrale ristretta. Tentate prima varie cure generali e locali inutilmente, l'A, si decise alla esportazione delle esuberanze dei tarsi mercè escisioni orizzontali. Incisa prima la cute; di cui parte fu esportata; nelle palpebre superiori, levò i tumori con una lancia mirtiforme e più ancora colle unghie, avendoli trovati della consistenza del sego rappreso.

Sottoposte le parti esportate all'azione del liquido del Müller, furono poscia esaminate al microscopio. Fu trovata la massa escisa costituita principalmente da tessuto connettivo, ma così modificato da riescir difficile il riconoscerlo; con mancanza assoluta dell'apparato glandulare del Meibomio. L'autore ritiene che le masse esportate sono una vera e propria produzione del tarso, e più propriamente un materiale di essudazione che ha subìto, in uno al tessuto, delle metamorfosi regressive. Per l'A. non v'ha dubbio alcuno, appartenere quelle escrescenze al tarso, essendo tutte poste sotto l' orbicolare e facendo corpo coi tarsi stessi, che ne erano equabilmente ingranditi. (*Idem*).

8. **Indicazioni e controindicazioni dell' eserina,** del dott. RAMPOLDI.

È indubitato che l'eserina restringe la pupilla diminuendo il raggio di curvatura della cornea; l' occhio si fa miopico e forse anche astigmatico, sicchè anche prima che si completi la miosi, la visione è meno chiara e sarebbe necessaria una lente negativa per scorgere chiaramente gli oggetti.

Il massimo della miosi è raggiunto un'ora dopo l'instillazione del collirio, e dura da pochi istanti ad alcune ore; e più a lungo negli ipermetropi e negli affetti da glaucoma lento. Fenomeni subbiettivi dell'eserina sono: l'astenopia retinica (da astigmatismo?), la macropsia, la fotopsia, la fotofobia, talora anche dolore sopraccigliare, scosse susultorie, un senso di peso e di tensione nel bulbo, tremori muscolari nelle palpebre. Dopo ripetute instillazioni, iperemizza la congiuntiva del sacco, e può suscitare una congiuntività follicolare.

In un occhio normale l'eserina, secondo la maggior parte degli autori, diminuisce la tensione del bulbo; altri invece credono che l'aumenti nel vitreo, rimanendo eguale nella camera anteriore. È utile nella midriasi e nei colobomi dell' iride troppo estesi, rendendo minori i circoli di diffusione nella retina. Il prof. Quaglino la consiglia a correggere la diplopia monoculare nei casi di lussazione parziale della lente per atrofia o rottura della zonula.

L'eserina è più utile nel glaucoma lento che nella forma acuta; Deutschmann la trova utile per fare assorbire i prodotti patologici nella camera anteriore, e ne spiega l'azione ammettendo che col chiudersi della pupilla si aumenti l'estenzione della superficie assorbente. Potrebbe usarsi per rinserrare nella camera anteriore il nucleo di una cateratta cadutavi a caso, o per far cadere qualche piccolo corpo straniero infitto sull'iride.

Può essere utile anche: a moderare l' ingresso di luce negli occhi a retina iperestesica; a facilitare l'operazione del glaucoma; a prevenire o curare i prolassi dell' iride e della Descemeti nelle ulceri periferiche della cornea; a curare la cheratite neuro-paralitica, e le ulceri e gli ascessi astenici della cornea; a correggere almeno momentaneamente certe astenopie accomodative da ipermetropia, ed alcune precoci presbiopie da paresi del muscolo ciliare.

Non è altrettanto evidente la sua utilità nel glaucoma se non

sul primo esordire; qui però è bene osservare che in alcuni casi può servire come vero mezzo curativo, sedando i dolori e diminuendo assolutamente la pressione endoculare, mentre in altri esacerba od anche sveglia i dolori lasciando inalterata la pressione. Sicchè più che ad idee preconcette l'oculista deve attenersi al caso clinico, giacchè alcune volte non solo per l'uso dell'eserina, ma per l'operazione stessa (quasi sempre tanto utile), si è visto peggiorare il glaucoma.

È molto dubbia la sua azione antisettica, da alcuni assolutamente negata; inattiva e forse dannosa negli ascessi flogistici della cornea (1), inattiva nel panno traumatico, quando persiste la causa che l'ha suscitato, nelle macchie corneali e forse nel cheratocele. Nociva nella cherato-iritide e nella irite semplice, essudativa, favorendo le sinecchie posteriori; incerta nel blefarospasmo, nelle paralisi dei muscoli estrinseci del bulbo, nella fotofobia, nelle ottalmie simpatiche ed idroftalmie. (*Idem*).

9. **Ambliopie ed amaurosi tossiche.** — Libro del signor GALEZOWSKI.

(Continuazione, ved. anno II, pag. 19).

VI. DISTURBI VISIVI PER ATTOSSICAMENTO DA CARBON FOSSILE (*brai*), ANILINA E FUCSINA.

I lavoranti alle miniere del carbon fossile, e più specialmente quelli che assistono alla distillazione del medesimo, o a raccogliere in masse i prodotti distillati (*brai*) vanno soggetti a delle oftalmie, a delle ambliopie, alla emeralopia con fotofobia. Presso quelli che disimpegnano l'ufficio di minatori, si riscontra il nistagmo col carattere speciale della periodicità ed apparisce segnatamente quando l'operaio guarda in alto e da parte.

Per combattere questi fatti, conviene sottrarre l'individuo alla azione dei gas, e farlo lavorare all'aria libera.

L'influenza tossica dell'anilina e della fucsina è poco conosciuta. Merita di essere studiata perchè l'azione di queste sostanze può essere incontrata ovunque, ora che l'arte tintoria ed il commercio ce ne mettono da per tutto.

In due ammalati l'autore trovò la paralisi dell'accomodazione,

(1) Su questo punto non consento col chiarissimo autore. S.

ed in un terzo una iritide doppia con speciali fenomeni di ambliopia.

VII. Disturbi visivi nell'attossicamento saturnino.

L'autore, dopo aver parlato sull'azione tossica del piombo in generale, stabilisce sei forme differenti di alterazione della vista:

a) Incrostazioni saturnine sulla cornea e la congiuntiva;

b) Ambliopia saturnina con tremori generali;

c) Nevrite ottica seguita o no da atrofia papillare;

d) Retinite albuminurica saturnina;

e) Paralisi saturnine dei muscoli dell'occhio;

f) Atrofia della papilla con atassia locomotrice.

a) Tutti conoscono questo fatto, onde per brevità lasceremo l'autore per riprenderlo ove parla della cura. L'autore consiglia, a questo riguardo, di penetrare sotto la incrostazione con un coltello di Baër, e di staccarla ed asportarla in tal modo (1).

b) È fatto che si riscontra nello intossicamento cronico. Conviene ricordare che può coincidere con gravi disturbi nervosi che talora si sviluppano molto tempo dopo che l'individuo ha cessato di essere in contatto col piombo, e si sviluppano per cause diverse, fra le quali primeggia l'alcoolismo.

L'autore riporta una istoria interessante. Un individuo che abusava di alcool, di absenzio, di tabacco, e che per di più era in stato di saturnismo cronico, un giorno al levarsi dal letto provò tale disturbo di vista ch'ei credette fosse giorno di nebbia. Ebbe violenti dolori del capo, vertigini, e durante la notte, allucinazioni.

« Leggeva il N. 5 ad un piede di distanza. Distingueva i colori « vivi, ma confondeva quelli pallidi, ed in specie il violetto ed il « *bleu*. Il violetto lo diceva grigio chiaro. La refrazione di am- « bedue gli occhi era normale.

« L'ottalmoscopio mostra turgide le vene della retina. Quanto « alle arterie, mi sono apparite irregolarmente contratte, e più « qua e più là allargate per leggiere ampolle. In generale, le « branche principali sono poco voluminose, e si trovano in stato « di contrazione spasmodica. »

---

(1) Nei malati pusillanimi che non volevano sentir parlare di operazioni nè vedere coltelli, sono riuscito a distruggere queste incrostazioni toccandole con un pennellino da miniatura, intriso in soluzione satura di acido acetico, citrico o tartarico. S.

L'infermo del quale è parola aveva avuti dei tremori muscolari, degli accidenti epilettiformi nella infanzia, e quindi prima di esser sotto la influenza del piombo. Aggiungasi che il padre e l'avo avevano avuto i medesimi disturbi muscolari. L'autore non si nasconde che tutto questo rende molto problematico il suo diagnostico, e quindi per sostenerlo, discute per escludere l'ambliopia alcoolica, nicotinica, ecc. E sia pure: ma i disturbi nervosi della infanzia si possono dimenticare, quasi non deponessero per un morboso stato dei centri nervosi preesistente all'attossicamento?

Altri appunti storici che seguono e che sono comunicati da Vulpian, non ammettono eccezione.

c) Questa affezione è ormai posta in chiaro da osservazioni fatte da molteplici oculisti e tutti i pratici hanno più o meno osservato qualche caso di nevrite saturnina o della consecutiva atrofia.

La sintomatologia non offre caratteri molto distintivi della natura del male. Ma convien notare che in generale attacca i due occhi contemporaneamente e bruscamente, nel tempo di una colica, o di un accesso epilettico, od infine di qualunque forma di encefalopatia saturnina.

Il male oculare progredisce rapidamente e forse in due mesi è determinata l'atrofia della papilla e, di ragione, completa la cecità.

L'esame ottalmoscopico non dà segni speciali per questa nevrite ottica, che somiglia quella per meningiti o per tumori cerebrali.

Non si conoscono casi di guarigione, nemmeno per quelli nei quali sono cessati gli altri fenomeni di encefalopatia.

d) La retinite albuminurica saturnina non differisce in nulla da quella che trovasi nelle altre albuminurie. Forse il suo decorso è più lento, e sotto la cura appropriata apparisce suscettibile di miglioramento.

e) Le paralisi nella infezione saturnina sono frequenti e secondo l'autore debbono essere distinte, in *isolate, complesse*, e d'*accomodazione*. Le prime sono le più facili ad essere osservate. Sovente sono complete, ed in tal caso hanno un valore semiologico molto più grave di quando o lasciano una piccola quantità di innervazione, o non offendono tutte le diramazioni di un nervo.

Le seconde, cioè quelle che si offrono quando più nervi sono lesi contemporaneamente, darebbero luogo a discutere se sieno da riportarsi ad atassia locomotrice o da attribuirsi alla causa cerebrale. L'autore adotta questa seconda opinione.

Quanto alle paralisi di accomodazione, si vedono talora accompagnate da midriasi e tal'altra no, ed in quest'ultimo caso si mostrano come presbiopia esagerata.

f) Siccome l'intossicazione saturnina può portare dei depositi di piombo nella midolla spinale e questi possono, per estensione e per ubicazione essere differenti, così in tali casi avremo dei disturbi di forma variata, ed anche quelli oculari saranno suscettibili di prendere apparenze diverse.

Già sono note la *midriasis* e le paralisi degli oculomotori in rapporto con l'atassia ordinaria e con l'atassia saturnina. Ma l'autore stabilisce, appoggiandosi sopra una osservazione fatta or sono due anni (6 ottobre 1877), che l'atassia saturnina può condurre delle lesioni nella papilla del nervo ottico simili a quelle che generalmente vi si riscontrano nei casi nei quali la sclerosi dei cordoni posteriori è dovuta ad altre cagioni.

L'autore, parlando quindi della cura delle malattie oculari saturnine, referisce quei precetti igienici e quegli espedienti curativi che ormai sono in onore. S.

PER LA QUARTA RIUNIONE

DELL'ASSOCIAZIONE OTTALMOLOGICA ITALIANA.

Intorno alle imagini accidentali e soggettive. — *Ricerche e considerazioni del* Dott. F. CINTOLESI. (Si riferisce al Quesito N. 1°).

Il Cintolesi, in una memoria inserita negli *Annali* diretti dal Prof. Quaglino, prende a parlare delle imagini accidentali, espone le teorie che ebbero campo nella scienza a questo riguardo, riporta alcune sue diligentissime esperienze, e finisce per concludere « che mentre la retina è sottoposta all'azione di una determinata luce, tende a svilupparsi una reazione contraria crescente, che la porrebbe in uno stato opposto al primitivo, determinando per ciò lo sviluppo della imagine secondaria. La eccitabilità per la data luce cresce a poco a poco, e sale ad un massimo nel quale è necessaria la persistenza, per poi diminuire e scendere verso un minimo; ed è allora che la reazione si sviluppa se-

guendo le stesse vie dell'azione, cioè crescendo e poi diminuendo. Corrispondono quindi alla nostra coscienza massimi di sensazione della luce obiettiva e massimi della subiettiva, quando ci si trovi nelle condizioni più adatte a farci percepire la reazione da un lato e la stanchezza dall'altro. »

Ma che cosa è *reazione* della retina e *stanchezza* della retina?

L'A. ammette che quando un nervo viene eccitato anche momentaneamente, abbisogna un certo tempo perchè la sensazione percorra il suo ciclo, dal minimo al massimo e nuovamente al minimo. E supponendo una retina eccitata dal raggio rosso così ragiona : è evidente che le ripetute eccitazioni prodotte dalle onde appartenenti al rosso, debbono indurre dopo un certo tempo, sommandosi ne' loro effetti, un massimo di eccitabilità nelle fibre del rosso (l'A. ammette le tre specie di fibre secondo l' ipotesi di Young) ed insieme un aumento di persistenza dell' impressione. Ora se la luce rossa è intermittente, il campo di osservazione dev'essere oscillante, ma nel massimo di sensibilità apparisce continuo e di rosso più saturo. E l'esperienza conferma. Ma dopo questo massimo la saturazione deve diminuire e ripristinarsi le oscillazioni. E l'esperienza conferma di nuovo.

Ma anche le fibre del verde e del violetto sono contemporaneamente eccitate, sebbene con minore intensità. Anche queste eccitazioni avranno il loro massimo ed il loro minimo, ma non producono sulla nostra coscienza la sensazione di luce verde finchè la retina rimane sottoposta all'azione troppo viva del rosso obiettivo. Ora quanto più saranno stanche le fibre del rosso, e quanto più sarà forte lo stato tensivo delle fibre del verde, altrettanto sarà intensa l'imagine accidentale, e può dirsi sarà proporzionata alla durata delle contemplazioni del rosso.

Ora, tutto questo è in accordo con fatti recentemente scoperti riguardo al vero modo di agire della luce sulla retina?

Le indagini di Franz Ball hanno dimostrato che la *eritropsina* di colore rosso scuro nella oscurità si decolora nella luce bianca ed acquista colorazioni differenti in luci monocromatiche diverse. E questo fatto può in qualche modo mettersi in rapporto ed in correlazione con la teoria di Young-Helmholtz e trovare un legame fra le modificazioni obiettive della retina e le sensazioni subiettive corrispondenti ai colori accidentali. E questo mediante

una interpretazione. Il rosso scuro della retina lo interpretiamo come prodotto dal rosso obiettivo, ed il colore rosso porpora lo riferiamo ad una luce di color verde. Infatti l'eritropsina alla luce rossa si fa più intensamente rossa, ed alla luce verde si cangia in rosso porpora.

Quando la retina fu irritata nelle sue tre fibre della luce rossa, se fissiamo della luce bianca non la vediamo come tale quale avverrebbe se l'occhio non fosse stanco; ma siccome le fibre del rosso sono colpite da stanchezza e quelle del verde e del violetto sono maggiormente sensibili, noi vedremo il bianco privato di rosso, cioè verde-bleu. Se invece di esporre l'occhio alla luce bianca lo racchiudiamo nell'oscurità, allora l'interpretazione avviene per parte della coscienza dello stato in che si trovano gli elementi terminali del nervo. Ma quando queste estremità terminali non sono in condizioni normali, l'interpretazione può essere erronea.

Quesito 2° — Vedi « Sulla medicatura oculare antisettica. » *Bollettino d'oculistica*, anno II, pag. 5.

Quesito 3° — Vedi « La retino-coroidite palustre. » *Idem*, anno I, pag. 5.

FORMULARIO

Contro l' *herpes cornee*.

Pr.	Bromuro di potassio	gr.	5
	Acqua stillata.	»	100

f. soluzione per bagno agli occhi due volte al giorno.

NOTIZIE

Nel Congresso Medico tenutosi testè in Amsterdam, il Prof. Otto Becker ha parlato dello studio delle apparenze della papilla del nervo ottico in servizio del diagnostico delle malattie del sistema nervoso centrale.

L' argomento non può non interessare moltissimo i nostri lettori perchè è appunto uno di quelli sui quali deve essere richiamata l' attenzione della maggior parte di loro. Noi ne prepariamo una notizia pel numuro del mese venturo.

— **Il Dr. Vittorio Grazzi, il quale ha recentemente terminati i suoi studi all' estero, ove godeva uno dei posti di studio fondati dal benemerito fu Dr. Leopoldo Tacchini, si è stabilito in Firenze per dedicarsi all' esercizio della otojatria.**

VARIETÀ

Lo stato iperemico e congestivo della congiuntiva durante il suo processo flogistico, rendono difficile apprezzarne le condizioni anatomiche.

Nei casi di tracoma misto, il tracoma disparisce ai nostri sguardi, affogato e nascosto sotto il turgore papillare ecc. ecc.

In tutti questi casi giova rendere la congiuntiva momentaneamente anemica, comprimendola con un corpo che non la nasconda (trasparente).

Io mi son fatto preparare a questo oggetto delle lastrine di cristallo con gli orli arrotondati, che adopero poggiandole con forza sulla congiuntiva della palpebra superiore poichè questa fu rovesciata. In tal modo la superficie congiuntivale diviene pallida ed io posso esaminarne il tessuto con tutta facilità. Ma può benissimo giovare la testa di un tappo di boccia smerigliato.

ANNUNZIO BIBLIOGRAFICO

RECENTE PUBBLICAZIONE. *L' Igiene della vista e le malattie contagiose dell' occhio nelle scuole,* note e proposte del Dr. A Pierd' houy, Milano. (Pubblicazione della Società italiana d' Igiene). — È un libro che farà molto bene, se potrà avere la diffusione che merita. Lo raccomando ai miei lettori, perchè alla loro volta lo raccomandino e lo facciano leggere ai Sindaci, ai Maestri di scuole, ai padri di famiglia. Urge che quanto nel libro è detto sia conosciuto da molti e con sollecitudine. — Si vende L. 0 25.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

IL BAGNO DI MARE NELLE OTTALMIE SCROFOLOSE

Lo studio di un non piccolo numero di infermi, fatto in condizioni assai favorevoli alla osservazione e continuato per più anni di seguito, mi ha condotto a ritenere che i bagni di mare arrechino alle malattie oculari, più danno che utile. E dico specialmente di quelle malattie, che derivano o s'intrattengono, il più di spesso, per l'azione della scrofola.

Una siffatta mia convinzione, alla quale per certo non potrei rinunziare se non avessi prima la dimostrazione che, osservando i miei infermi, mi sono ingannato delle centinaia di volte, mi pone spesso nella difficoltà che deriva dal dare dei consigli basati sopra opinioni non generalmente divise dai pratici. Ed è perciò che io pongo quest'argomento sott'occhio ai lettori del *Bollettino*, nella speranza che qualcuno di essi possa o convalidare le mie osservazioni o darmi ragione di ricredermi.

Non importa che l'argomento sia preso *ab ovo*. Lasciamo stare la questione dell'effetto prodotto dal mare, vario per quella varietà di circostanze, importanti più o meno, che a tutti i medici sono note. Non solleviamo la questione della utilità del bagno marino o dell'aria di mare nella scrofola; nè facciamo questione se fra le migliaia di bagnanti che nella estate formicolano sulle spiagge a noi più vicine, vi sia pure individuo che si ponga nelle condizioni igieniche volute. Tutte queste questioni ed altre moltissime, che sorgerebbero dallo studio generale dell'argomento, non avrebbero importanza per la mia tesi, e toglierebbero l'argomento stesso da quei limiti dentro i quali fu studiato con l'osservazione. Del resto, intendesi che io non potrei parlare di osservazioni cliniche, se ne'singoli casi non avessi preso a considerare le accidentalità che presentavano e non

avessi impiegate quelle cognizioni generali, che dovevano essermi di guida scientifica.

Or dunque: quale utilità può sperare dai bagni di mare chi abbia una di quelle affezioni oculari che più specialmente derivano dalla scrofola, o sono influenzate dalla medesima, come le blefaritidi, le congiuntivitidi, le cheratitidi, le iritidi?

Credo che convenga a questo riguardo dividere gli infermi in tre categorie: 1ª gli infermi che si recano al mare portandovi una delle dette malattie nel loro periodo di acme; 2ª Gli infermi nei quali la malattia è sull'esordire o presso alla terminazione; 3ª Gli infermi che non ebbero per anche scrofolide oculare, ma che vi sono soggetti.

Nei malati della prima categoria, il peggioramento è evidente e si osserva fino dai primi giorni che stanno sul mare o dai primi bagni. E dico con ragione peggioramento, perchè non trattasi, in generale, di poco aumento de' fenomeni morbosi, ma si vedono le semplici blefariti ciliari converse in congiutivitidi ed in cheratitidi e queste, se erano superficiali, si vedono invadere strati cheratici più profondi. Si vedono pur sorgere gravi irritazioni ciliari, talora anche l'iritide, l'ipopion, ecc. Nè manca, qualche volta, una non lieve eruzione eczematosa alla palpebra, alla fronte, alle narici. Ora: in queste condizioni, bambinelli condotti al mare perchè guarissero di una affezione oculare leggera e perchè nel medesimo tempo migliorassero le loro condizioni generali, spesso si trovarono con gli occhi compromessi, e con delle sofferenze che peggiorarono assai la loro salute.

Anche i malati della seconda categoria riportano su per giù i medesimi effetti. Perchè, la malattia esordiente, invece di abortire o mitigarsi, accelera il suo corso e si fa più intensa di quanto sarebbe presumibile che fosse avvenuto, se l'infermo fosse rimasto in mezzo a quelle influenze, nelle quali passò il primo periodo della sua malattia.

E quelle malattie e quelle manifestazioni morbose ocu-

lari, che erano quasi spente, o lo erano per intero da pochi giorni, quando l'individuo giunge sul mare, con facilità massima riprendono il loro vigore o ricompariscono. Ed esempi di ricadute o di recidive avvenute nei primi giorni di stazione sul mare ed ai primi bagni, ogni medico attento deve possederne a dovizia.

Ed è inutile il dire, che stando cosí le cose, si troveranno anche gli esempi di individui che per l'addietro non soffersero alcuna manifestazione oculare, o tutto al più ebbero qualche po' di catarro di nessuna importanza, e che ebbero per la prima volta l'attacco vero e proprio della scrofolide oculare, quando si recarono per la prima volta a una stazione balneare marina.

A me dunque pare per conseguenza che non sia davvero utile questo *mare*, per godere del quale, nessuno ignora quali sacrifizi alcuni infermi si debbono imporre.

Ma è strano che sia così? o più tosto non è l'opinione volgare e la moda che trascina questi ottalmici al mare, e strappa ai medici un consenso che a rigore di termini non darebbero?

È regola terapeutica, non stimolare l'attività di quegli organi e di quelli apparecchi ne' quali il movimento nutritivo devia dalle condizioni normali, perchè, direi quasi, con l'aumentata celerità del movimento, la deviazione si fa più sensibile.

Sotto l'influenza della diatesi scrofolosa, noi vediamo ogni giorno manifestarsi delle eruzioni superficiali della congiuntiva (che in una nosologia poco attenta caratteriziamo dal sintoma più appariscente — catarro), per moderare le quali noi non dobbiamo portare sulla muccosa medesima alcuno stimolo, nè diretto, nè indiretto; cioè, nè alcuno di quelli che agiscono sulla muccosa stessa, nè di quelli che per l'intermezzo della innervazione, ne accrescono la sensibilità e ne modificano il circolo sanguigno. E ciò, se non vuolsi vedere aumentata la lesione locale. La stessa osservazione

può farsi studiando i casi di *hærpes cornee,* nei quali la forma morbosa è testimonio della irritazione dei nervi ciliari, e nel tempo stesso è cagione dell'aumento della medesima, per dato e fatto della scopertura dei nervi cheratici, quale avviene per la caduta dell'epitelio della cornea. Ed anche in questi casi tutto ciò che non vale a moderare la irritazione dei nervi, o è dannoso o poco proficuo.

Perchè non tutti, come è facile intenderlo, si governano con le medesime teorie, nè ai resultati della propria medicatura ognuno applica la medesima critica, è pur facile vedere, anche oggidì, a che le nominate malattie, sieno condotte dall'uso degli irritanti, caustici, ecc. Come non è difficile il persuadersi della utilità che deriva dall'uso di quei medicamenti che moderano, anzi tutto, l'irritazione ciliare. I danni e i vantaggi delle due opposte medicature, sono tanto spiccati, da falsare la storia della malattia a chi non l' abbia imparata facendo gli opportuni confronti.

Ora se io vado riflettendo a quale può essere, anzi a quale è dimostrato che sia, l'azione fisiologica dell'aria e dell' acqua di mare, sembrami che debba esser nociva alle malattie oculari, come ogni altra medicatura stimolante od irritante, o parmi, diciamo la sua parola — nettamente controindicata. E siccome nessuno ignora quest' azioni, così io non ne dirò parola, contentandomi di far riflettere che per gli effetti del bagno di mare si notano *frequenti le congestioni al capo, si hanno arrossamenti della faccia e delle congiuntive oculari, dolori agli occhi, visioni colorate e fotopsie o scintillamento, prurito alla pelle per uno stimolo che può produrre vere e proprie eruzioni.* E ricordata quest' azione del mare, non fa meraviglia che le malattie oculari peggiorino appunto, come fanno, per l'uso inconsiderato del nitrato d'argento, del solfato di zinco e per tutte quelle quantità di stimoli che il pubblico si procura sotto il nome di acque da occhi.

Concludo:

1° Lasciando impregiudicata la questione della utilità che il mare può produrre nelle manifestazioni della scrofola fuori dell'occhio; riguardo a quest'organo può dirsi che l'azione sua è assolutamente nociva.

2° Che conseguentemente, al mare non debbono inviarsi gli infermi che hanno attualità di forme morbose oculari.

3° Che le scrofolidi oculari non debbono essere lasciate a loro stesse, aspettando che al mare possano modificarsi; anzi si debbono curare più attivamente, per averle guarite per l'occasione che l'infermo debba recarsi al mare per altre indicazioni.

4° Che negli ottalmici che vivono sul mare, o che ivi debbono condursi per ragioni di famiglia, conviene moderare gli effetti del mare stesso con medicature emollienti sulla pelle, con medicamenti calmanti e stupefacienti, sugli occhi, come sarebbe a dire: bagni con amido ogni due o tre giorni, e collirj al bromuro di potassio ecc. ecc. S.

RIVISTE

1. **Della esoftalmia,** per il dottor ROMIÉE (di Liegi).

L'A. riporta la storia di tre casi di esoftalmia dovuti, l'uno alla infiammazione della capsula di Tenone, l'altro ad una periostite del frontale ed il terzo alla trombosi dei seni cavernosi.

La prima istoria è importante per la difficoltà che l'A. dovè incontrare formulando il diagnostico. Si aveva l'occhio sinistro fatto prominente, con cerchio pericheratico e lieve chemosi alla parte inferiore, all'indomani dell'apertura di un abscesso della gota, venuto alla sua volta dopo un'angina con stomatite difterica. Dopo 4 giorni il chemosi più pronunziato, ed un piccolo tumore al livello della inserzione del retto interno, persuasero l'A. a determinarsi per la diagnosi di flemmone della capsula di Tenone. Dopo altri tre giorni, fu costatato l'esistenza del pus, al quale fu dato esito, producendo notevole miglioramento all'infermo. Ma presto, cioè 18 giorni

dopo, il chemosi si fece più intenso e l'occhio più prominente che mai. Perchè? Vi era comunicazione fra il cavo dell'abscesso peri-oculare e quello della gota, come lo dimostrò una iniezione che venne fatta per l'apertura esistente presso l'oculo-motore interno, con lo scopo di attuare una medicatura modificatrice.

L'occhio guarì, quando fu guarita la guancia.

L'A. fa osservare che il massillare era intatto, e quindi la comunicazione fra la gota e l'orbita doveva essere attraverso la fossa zigomatica.

La seconda storia si riferisce ad un individuo che mostrava una periostite, come fu già detto sopra, e che era l'effetto di un trauma. Del resto questa storia non ci insegna nulla di nuovo, nè sembra che la diagnosi potesse essere di seria difficoltà.

Invece importante mi sembra la terza istoria. Trattasi di un'inferma senza precedenti notevoli, la quale dopo una settimana di leggiera cefalalgia, ebbe esoftalmo all'occhio destro, e più tardi al sinistro. L'esoftalmo era accompagnato da lieve chemosis, con acutezza visiva normale, papilla ristretta, movimenti oculari integri e con la palpebra superiore tumefatta.

Le condizioni visive erano buone. L'A. notò la tumefazione della palpebra superiore e la miosi, come segni di una lesione molto più grave della capsulite Tenoniana, e non ebbe torto, perchè infatti l'infermità finì con la morte.

Trattavasi di una trombosi de' seni cavernosi, che d'altronde l'A. non seppe a qual causa attribuire.

Nel corso della malattia si vide il progressivo aumento della tumefazione palpebrale; tumefazione che invase anche la fronte: l'aumento del chemosis e la miosi conversa in midriasi. Le papille mostravano dilatazioni delle vene.

La pelle era calda; il polso era a 108.

Sopravvenne il coma e la morte.

2. **Anomalia di un caso di glaucoma acuto**, per M. Brière di Hâvre.

L'A. ci narra un caso di glaucoma doppio, cui oppose una iridectomia da ambo le parti, e nel quale dopo l'operazione ebbe per cinque giorni uno andamento regolarissimo. Dopo questo tempo, si sviluppò una nevralgia trifaciale a destra, la quale in 4 giorni di dolori atroci, portò diminuzione della vista e fortissima congestione congiuntivale.

Guarito della nevralgia, l'infermo ebbe il suo occhio riportato alla possibilità di una visione normale.

Quest'istoria sembra stare in appoggio della teoria sul glaucoma, emessa da Donders e da Haffemans, i quali lo fanno consistere in una *nevrosi dei*

nervi ciliari secretori, producente una ipersecrezione sierosa ed una esagerazione della tensione intra-oculare. Ma ciò non vuol dire debbasi escludere che il glaucoma possa determinarsi anco per stato venoso, per difetto di escrezione, ecc.

L'A. accenna un'idea che non deve essere lasciata in dimenticanza; forse nello effetto curativo della iridectomia, oltre un elemento vascolare, c'entra anche un elemento nervoso?

3. Un caso di attossicamento per alcool metilico, che produsse cecità completa in 24 ore. M. MENGIN.

Quest'alcool, che rientrerebbe nella classe degli agenti encefalici (stupefacente e provocatore di delirio), era usato da un detenuto, come bevanda, precipitandolo con l'acqua dalla vernice degli ebanisti.

Si produsse l'avvelenamento, che aprì la serie dei disturbi con violento male di testa e di stomaco, cui successe rapidamente prostrazione completa, coma e dilatazione pupillare. In meno di 24 ore seguì la morte. Fatta l'autopsia, fu strano che il cervello non subisse induramento per quanto restasse 5 settimane nell'alcool. Questo cervello fu sezionato ed i ventricoli laterali furono veduti circondati da una materia rammollita e fetida, e nell'interno, ripieni di un liquido viscoso e nauseante. Ma rimesso questo cervello nell'alcool, dopo due giorni subì l'induramento ordinario; onde pare che l'alterazione, non avesse oltrepassato il piano dei ventricoli laterali.

Comunque sia di ciò, un altro avvelenamento simile si offerse poco dopo al medesimo osservatore. Era un uomo che da più mesi usava, senza disturbo, di alcool metilico, ma che un giorno ne aveva stranamente abusato. Ne aveva avuti i fenomeni del malato del quale sopra fu detto: cefalea, vomito, senso di bruciore allo stomaco, sudori profusi, pupille dilatate, faccia stupida.

Il medico prescrisse infuso di tiglio, che funzionò da emetico, mignatte all'ano, lavativo purgante, senapismi, ecc. e nel giorno dopo l'infermo era migliorato, rispondeva alle domande che gli venivano fatte, ma era *completamente* cieco. E la visione restò sempre intieramente abolita.

L'oftalmoscopio fece vedere le papille bianche come la carta, con gli orli poco regolari e netti. I vasi non erano notevolmente diminuiti di volume.

Dunque vi fu encefalite con consecutivo rammollimento della polpa?

(*Recueil d'opht.*, Nov. 1879).

4. **Ambliopie ed amaurosi tossiche.** — Libro del signor GALEZOWSKI.

(Continuazione, ved. anno II, pag. 38).

VIII. ATROFIA DELLA PAPILLA CONSECUTIVA ALLO ATTOSSICAMENTO MERCURIALE.

Nello idrargirismo cronico, quale si vede più specialmente negli operai che assorbono il mercurio per la via della pelle o per quella dei polmoni, come avvengono delle lesioni dei centri nervosi, così anche dalla parte degli organi dei sensi e specialmente di quello della vista, si possono verificare degli accidenti rimarchevoli.

Si può riscontrare in questi attossicati, un tremollo dei muscoli oculomotori, analogo a quello che più spesso si verifica nelle braccia e nelle gambe, e da ciò può derivare diplopia o nistagmo. Ma si potrà invece verificare ambliopia con, o senza atrofia della papilla, tutte le volte che l'alterazione avrà sua sede nei centri nervosi visivi. E volendo spiegare queste ambliopie conviene ammettere una anemia spasmodica, come può verificarsi in altro attossicamento, oppure una encefalite dovute a deposito di metallo nella sostanza nervosa.

Caso pratico. N. N. di 55 anni, doratore, adoperava il mercurio dalla infanzia. Ebbe tremore dei membri fino dai primi tempi, ma quando l'osservava l' A. questo era aumentato assai. Nel 1876 la vista dell'occhio sinistro si era debolmente affievolita, ma l'infermo non ne aveva fatto caso e fino al 15 gennaio 1878 non aveva pensato a prendere il consiglio di un medico.

Il Galezowski dice che l'occhio esteriormente non mostrava alterazione alcuna, la papilla era normale, ma che la vista era ridotta a S = 1|100. Campo visivo (C. V.) normale; nel centro scotoma semitrasparente. La percezione dei colori era così indebolita da confondere il violetto col bruno e da non distinguere le tinte leggere. All'esame ottalmoscopico la papilla era bianchissima, ma conservava un certo grado di circolazione capillare: aveva gli orli diffusi (stato consecutivo alla nevrite). I vasi centrali erano normali.

Negli antecedenti del malato non si trovava a che attribuire l'ambliopia, se escludevasi l'intossicamento mercuriale.

L'A. prendendo l'indicazione terapeutica dal suo concetto diagnostico, prescrisse all'infermo di sospendere il mestiere, di fare uso di ioduro di potassio, di bagni solforosi, e di fare una cura tonico-ricostituente. Nel mese di giugno del medesimo anno, l'infermo era tanto migliorato che ad un metro di distanza poteva leggere il N. 50 della Scala tipografica (caratteri di 15 mm. visibili a circa 16 metri) S = 1|16.

L'A. fa giustamente osservare che se questo stato fosse dipeso dall'intossicamento saturnino, l'esito non sarebbesi avuto così felice.

Del resto l'amaurosi idrargirica è rarissima.

IX. Ambliopia per l'attossicamento di chinina.

È rara, e tanto più la rarità apparisce se si pensa al grande numero di malati che adoperano dosi rilevanti di tale medicamento. Graefe ne osservò due casi (1). Galezowski esaminò il seguente: Una donna di 33 anni abitante all'Avana, ebbe il 19 novembre 1877 tre violentissimi accessi di perniciosa. Il 1° accesso durò più di due ore con perdita di conoscenza ed accidenti cerebrali che la fecero apparire morta. Le fu amministrato in 24 ore il chinino alla dose di 4 gram. e 25 centigr. I due accessi consecutivi furono meno gravi. Seguitò il chinino a forte dose. In 10 giorni ne consumò 10 grammi. Quando fu al 7° grammo del medicamento, perse la vista fino a non aver sensazione luminosa volgendosi verso il sole. Esaminata allo ottalmoscopio si ebbe resultato negativo, onde il medico (Montalvo) ammise un intossicamento chinico, e fece gradatamente diminuire la dose del medicamento, per il che un poco la vista ebbe miglioramento.

Esaminata in Parigi dall'A. il 16 maggio 1878, eccone le condizioni: S = 20|30, refrazione (R) emettropica. Distingue i colori principali, ma dice che poco prima non avrebbe potuto farlo. Le riescono dolorose le improvvise vicende di illuminazione. Soffre fotopsie e crupsie. Per più di 3 mesi lamentò una macchia nera su tutti gli oggetti che fissava, ma ora la macchia è scomparsa lasciando una specie d'incertezza nello sguardo. Coll'esame ottalmoscopico non si trova *assolutamente* alcuna lesione, la papilla è pallida, i vasi centrali sono fini e contratti, la retina è sana e non si trova la minima traccia d'inflammazione peripapillare, nè di nevrite ottica. L'esame del campo periferico della visione non scuopre alterazione alcuna.

Ora, con tali condizioni, non poteva trattarsi di una di quelle ambliopie che susseguono alle febbri perniciose, non poteva trattarsi di una ambliopia isterica; onde per eliminazione, l'A. ammise l'intossicamento chinico che per lui agirebbe sull'occhio non altrimenti che sull'orecchio.

Quanto alla cura, egli non credè bene imitare il Graefe che ricorreva alle deplezioni sanguigne locali, perchè l'inferma non offriva alcun fenomeno congestivo. Usò il regime tonico, ricostituente, e cercò di stimolar la retina adoprando un collirio di nitrato di stricnina.

X. Amaurosi prodotta dal veleno del serpente.

L'A. riporta quanto Laurenço ha già pubblicato in proposito, ed esprime

(1) *Archiv. f. ophth.* Bd. III, abth 2, p. 396.

il concetto che l'amaurosi debbasi ad una emorragia avvenuta nel centro ottico.

XI. Sull'azione fisiologica e terapeutica del curaro sull'occhio.

L'A. ne parla appoggiandosi ad osservazioni proprie, e giovandosi degli insegnamenti di Pelikan e di Vulpian.

L'azione del curaro somiglia un poco a quella della stricnina, ma ne differisce perchè le piccole convulsioni cloniche, il tremolìo muscolare, fibrillare, localizzato od esteso, pel curaro non si osservano. L'insieme dei fenomeni prodotti da quest'ultimo agente somiglia la febbre; col brivido, l'aumento del calore e l'acceleramento del polso. E l'acceleramento della circolazione è accompagnato dalla iniezione della faccia e del globo oculare. Unitamente a questa iniezione notasi la dilatazione della pupilla (Bernard) che ora è più ora meno pronunziata, e che alternativamente è preceduta e susseguita da una contrazione miotica (Voisin, Lionville); quasi fenomeno convulsivo. I nervi motori sono presi da paralisi; (più spesso il 3° paio), con accompagnamento da esoftalmo.

L'A. ha fatto delle esperienze, con un collirio, sopra il coniglio, ed ha trovato che usandone 14 goccie (soluzione al 1|100) in un'ora e mezzo si otteneva *anemia della papilla con disparizione, o diminuzione di calibro, di qualche piccolo vaso centrale.*

XII. Azione della santonina sulla retina.

Tutti conoscono la discromatopsia che tien dietro all'uso della santonina. Secondo Helmboltz, gli individui sottoposti all'azione della santonina, vedono in giallo verdastro gli oggetti illuminati; in violetto le superfici oscure e, nel tempo stesso, scomparisce completamente l'estremità violetta dello spettro.

Non possediamo del fenomeno alcuna spiegazione plausibile, pure, siccome è certo che agisce sulla retina, così ci lascia sperare di essere un giorno utilizzabile nella cura delle malattie del sistema nervoso visivo. L'A. lo ha provato in iniezione ipodermica ed in collirio. La instillazione di una goccia ogni mezz'ora di una soluzione al 1|25 (santonato di soda), produce uno stato congestivo del globo dell'occhio. L'ammalato prova, in prima, una specie di annebbiamento e poi i fenomeni cromatici. Le iniezioni ipodermiche fatte in individui che avevano fotopsie, le hanno mitigate, e nei casi di iperestesie retiniche hanno prodotto la calma.

XIII. Azione fisiologica e terapeutica della stricnina sull'occhio.

Oltre i fenomeni generali, che l'A. passa in rivista, sull'occhio si osserva quanto segue: Nel tempo che l'infermo prova un informicolamento alla faccia, alle tempie ed alla nuca, ha delle scintille e dei lampi davanti gli occhi. Ed il fenomeno è più intenso se si è iniettato la stricnina alla regione temporale. Braun ha provato che per instillazione in collirio si

assorbe benissimo. La stricnina è midriatica secondo Braun, ma per Galezowski invece è leggermente miotica. Produce anemia della papilla. Eccita le fibre della retina e del nervo ottico, come ciò è constatato da tutti, dopo i lavori di Hippel.

Quanto all'azione terapeutica l'A. riporta le opinioni di molti clinici, cita alcuni fatti pratici suoi e formula le conclusioni seguenti:

1° la stricnina ha un'azione eccitante speciale pel N. O.; 2° Quest'azione è passeggiera; 3° I fenomeni luminosi che determina, ora si osservano in casi nei quali la vista è definitivamente abolita ed ora mancano dove non lo è; 4° che ciò nulla meno questi fenomeni sono di buon augurio; 5° che le iniezioni di stricnina sono senza influenza sulle atrofie delle papille; 6° che non hanno influenza nelle retiniti pigmentarie; 7° che non deve usarsi stricnina in caso di retinite o di nevrite; 8° che può esser raccomandata nelle ambliopie senza lesione; e deve usarsi come rimedio accessorio e senza perder di vista la causa della malattia.

(*Aggiunta*).

ATTOSSICAMENTO PER LO ZOLFO (1).

L'industria della fabbricazione di cappelli di paglia, è così estesa in Firenze e nel contado fiorentino, che per la medesima molti individui vengono esposti all'azione prolungata dello zolfo od in natura, o allo stato di acido solforoso, od a quello di solfuro. Ora mi è avvenuto di osservare, fra questa popolazione, non pochi malati agli occhi con disturbi così simili fra loro che non ho dovuto esitare a considerarli sotto la dipendenza di una causa comune, e nominatamente della influenza dello zolfo. E siccome trattavasi di ambliopie consociate a diplopie, io le ho ritenute derivanti da lesioni meningee basilari dovute alla azione della sostanza prenominata, cui conviene accordare un'azione vivamente eccitante, caratterizzata dall' aumento della frequenza del polso e dal colore della pelle, riconosciuta da tutti gli osservatori, e cui non si può negare di essere stata, alle volte, cagione di emorragie venose. Fra le altre che potrei citare, ecco due storie importanti.

N. Z. negoziante in cappelli di paglia e fabbricante, mi è inviato dal compianto prof. Puccioni il 28 agosto 1874. Aveva 34 anni, era senza precedenti sifilitici. Refrazione ipermetropica: 1 Dioptria. Accomodazione: 2 Dioptrie. Fu sempre robusto. Senza causa nota fu preso da blefaroptosi sinistra. Sulle prime, parve che la malattia si dovesse riportare ad una azione reumatizzante. Gli fu prescritto ioduro di potassio; revulsioni con senapa. Ma, il male si aggravò perchè anche altri muscoli oculo-motori

(1) Per A. Simi.

furono presi da paralisi e la vista deperì assai. Esaminato all'oftalmoscopio, manifestò i segni di una perinevrite.

Entrando più addentro nello studio del caso si rilevò che in famiglia altri fratelli, che come lui attendevano al commercio della paglia, avevano per l'addietro sofferto di cefalee e di diplopia binoculare (paralisi degli oculo-motori).

Dalla cura sopraddetta e dopo essersi trattenuto un poco di tempo alla campagna, l'infermo migliorò tanto che sospese la cura.

Due anni dopo feci quest'altra osservazione.

A. C. di Campi, egualmente negoziante di cappelli di paglia, veniva a consultarmi per diplopia con diminuzione della vista. Egli da molto tempo riceveva inutilmente i consigli di un collega distintissimo. Costatata la diplopia (incrociata, cioè per difetto di forza adducente) esaminai il fondo oculare e riscontrai le papille iniettate di sangue, con i contorni diffusi. Le vene centrali molto ingorgate.

Stante le condizioni generali (temp. venoso, abito apoplettico) cercai di minorare la circolazione della base del cranio con il sanguisugio, il bromuro di sodio, i revulsivi sul retto mercè l'aloe ecc., e per tutto questo il malato prese un po' di miglioramento, ma fu di poca durata; anzi dopo qualche tempo anche il muscolo adduttore (destro) era insufficiente e di qui nuova causa di diplopia.

Ne' precedenti del malato non vi era nulla; non sifilide, non alcoolismo, nè nicotinismo, non malattia alcuna di qualche importanza. Ma, i fratelli del paziente, anche essi lavoranti in paglia, avevano antecedentemente, sofferto, quantunque in grado minimo, i medesimi disturbi.

La somiglianza fra i malati di queste due storie era troppo manifesta, perchè io non mi dovessi dimandare se il loro malanno non derivasse dalle loro eguali abitudini di vita: e pensando al loro mestiere, subito ne incolpassi l'azione eccitante dello zolfo.

Per eliminare questa cagione, consigliai questo secondo infermo di abbandonare la sua occupazione e di stabilirsi in Firenze; e dopo questo si videro in breve emendati i fenomeni morbosi e il mio cliente potè dirsi guarito. Ma ritornato alle sue vecchie occupazioni ammalò di nuovo. E questa cosa del guarire stando a Firenze, e del riammalare tornando alla sua fabbrica, si è ormai ripetuta tante volte, da non poter rimanere alcun dubbio che nella fabbrica vi sia qualche cosa che lo faccia ammalare. Ma v'ha di più. Ciò che nella fabbrica gli nuoceva era proprio lo zolfo perchè anche stando in Firenze, vien preso da dolori al capo, da capogiri, da *congestione del fondo oculare da me costatata*, quando recasi sotto il Mercato Nuovo, ove per il commercio della paglia l'atmosfera è piena di acido solforoso, e si trattiene qualche tempo in un magazzino di zolfo.

Mi manca lo spazio per approfondarmi in questo studio, ma il cenno basti per richiamarci l'attenzione dei miei colleghi che esercitano ove l'industria della paglia è molto sviluppata, e l'attenzione altresì dei medici igienisti.

PER LA QUARTA RIUNIONE

DELL'ASSOCIAZIONE OTTALMOLOGICA ITALIANA.

QUESITO 2°.

Stromeyer, nel 1873 (1), continuando le ricerche di Leber determinò, per mezzo dell'esperimento sugli animali, le condizioni necessarie alla produzione della cheratite ulcerosa grave, o come la dicono, *cheratite-ipopion*. Egli stabilì che le ferite semplici e quelle complicate dalla presenza di corpi estranei di natura inorganica non suppurano, e che quelle sulle quali veniva in contatto una sostanza organica putrescibile (pus, muscolo in putrefazione, *leptrotrix buccalis*, ecc.) eran seguite da distruzione rapida del tessuto corneale, dalla produzione di pus nella camera anteriore, da iritide e qualche volta da flemmone oculare. Eherth ha inoculato dei materiali difterici, ed ha avuto la rapida distruzione del tessuto corneale. Ora Stromeyer esaminando al microscopio le porzioni della cornea vicine al punto ferito per l'inoculazione, e dopo poco tempo, vi ha constatato una infiltrazione di bacterii.

Nel 1875 Schiess raccontava alla Società ottalmologica di Heidelberg un caso importante che è questo:

Una donna di 68 anni, che doveva essere operata di cateratta, aveva dacriocistite e blenorrea del sacco lacrimale. Prima di operarla, Schiess spaccò il sacco lacrimale, mise una sonda ed aspettò che non vi fosse più secrezione blenorragica. Poscia, praticò l'operazione e tutto andò a dovere per 2 o 3 giorni. La sera del quarto giorno, quando il sacco cominciò a rigonfiarsi e mandare nuovamente del pus, la congiuntiva si fece edematosa, con ulcera della cornea, e questa fu tosto presa in totalità da infiltrazione purulenta rapida, come suole vedersi nelle prime 24 o 48 ore dalla operazione. Dopo questo caso Schiess si dette alla disinfezione della congiuntiva, e, quando parlava, aveva praticato 37 estrazioni con favorevole risultato, poichè non aveva perduto che un caso; ma questo, a dir vero, per suppurazione della cornea.

---

(1) *Archiv. fur ophth.*, Band. XIX, 2ª p., p. 1.

Ora, Leber ci fa conoscere (1) la seguente osservazione di cheratite ipopion occasionata dal fungo *Aspergillus glaucus:*

Un uomo di 54 anni, mentre lavorava vicino ad una macchina da battere il grano ricevè in un occhio un corpo estraneo, una *barba* di spiga, a quanto a lui pare. Subito all'indomani si presentano i dolori e nel secondo giorno si fanno molto intensi; la vista diminuisce rapidamente. Cinque giorni dopo il caso, Leber lo vede e constata un'ulcera corneale, larga dai 4 ai 5 millimetri, che si estendeva dal centro verso l'orlo esterno della cornea ed un' *ipopion* che giungeva sino al contorno inferiore dell'ulcera, con fortissima ecchimosi e congestione della congiuntiva scleroticale.

Si prescrive una fasciatura compressiva con alternative instillazioni di atropina e di acqua di cloro. Ma l' ulcera progredisce e i dolori continuano: onde Leber si vede obbligato a praticare, nel decimo giorno, la cheratotomia di Soemisch; egli inoltre sostituisce all'atropina e all'acqua di cloro, instillazioni di acqua carbolizzata e una compressa con acido borico.

L' ulcera era ricoperta di una specie di membrana bianco-grigiastra che Leber distaccò agevolmente mediante una pinzetta, onde esaminarla al microscopio; con sua grande sorpresa egli la trovò tutta composta di funghi filiformi.

Malgrado le lozioni e le istillazioni frequenti con soluzione di acido carbolico, l' ulcera distrusse quasi tutta la cornea e terminò con un leucoma totale.

Leber, d'accordo col professore di botanica Reinckie, intraprese allora alcune esperienze di cultura e di fruttificazione che riuscirono benissimo. Deponendo una piccola quantità di questi funghi sopra cornee di conigli essi poterono determinare delle cheratiti con ipopion, simili nel loro corso a quella descritta precedentemente. L' ulcera appariva rapidamente e in generale terminava in una necrosi totale degli elementi della cornea.

(1) *Archiv. fur ophth.*, Band 25.

VARIETÀ

Nella varietà del numero precedente, parlai di una lastrina di vetro da me usata per esaminare la congiuntiva. Dopo la pubblicazione di quel numero del *Bollettino*, sono ritornato sopra l' argomento ed ho convertita la lastrina in una lente. Dapprima non mi era occupato di dare alla lastrina un' azione refrangente tale che producesse alcuno ingrandimento, sembran-

domi che, al bisogno, avrei potuto farlo con una lente di breve lunghezza focale adoperata come microscopio semplice. Ma siccome era difficile maneggiare due oggetti in una volta, ed il riunirli con un meccanismo, rendeva lo strumento un po' complicato, pensai di costruire una lente piano-convessa di una distanza focale presso a poco eguale all' altezza della lente. Allora avrei avuta una lente di *Stenhope*, e questa avrei potuto premere sulle congiuntive per anemizzarle.

Lo stato umido della congiuntiva, mi portò ad un effetto focale come negli obiettivi ad immersione; la grande apertura della lente mi dette luogo ad un utilissimo effetto di concentrazione della luce sulla superficie da esplorare: questa dall' altro canto si vedeva di non poco ingrandita.

Mi sembra che così ne sia riuscito uno strumento raccomandabile; e che possa essere utile, applicandolo dopo le medicature, a farci apprezzare il *quantum* di effetto dalle medesime determinato, per prenderne regola per le medicature successive.

Forse questa mia lente può essere utile anche per lo studio delle eruzioni cutanee (1). SIMI.

(1) Questa lente vendesi all'ufficio del *Bollettino*.

BIBLIOGRAFIA

In questi giorni fu pubblicato a Parigi (*Librairie Gernier Baillière*) un libro importantissimo, che è il *Trattato delle ferite del globo dell'occhio*, per il dottor A. Yvert. È un libro che il dottor Galezowski dice che dovrà riguardarsi come un'opera classica.

Non è possibile riassumere in poche linee il lavoro di M. Yvert, ma ciò nulla di meno tenteremo di accennare i punti di maggiore interesse.

A me sembra da segnalare ciò che è detto, prove cliniche alla mano, per incoraggiare alle suture delle cornee e della sclerotica, mercè le quali è oggi lecito sperare la guarigione di occhi che lasciati all'andamento naturale delle cose sarebbero irreparabilmente perduti.

Un altro punto importante è quello che riguarda le ferite complicate da corpo estraneo. M. Yvert sostiene che a qualunque costo, anche se debbasi agire in modo da atrofizzare l'occhio ferito, si cerchi di semplicizzare la ferita e toglier di mezzo la complicanza, perchè nella peggiore ipotesi si impedirà l'ottalmia simpatica. Riguardo alla quale ottalmia simpatica, M. Yvert ha incominciato lo studio da quella parte dalla quale,

soltanto, può sperarsi giunga una savia soluzione del quesito. Infatti è dopo avere studiato alla clinica (e non teoricamente, badiamo!) per quali ferite ed in quali circostanze l'ottalmia temuta non si è manifestata, che può aversi il diritto di ristringere il gran numero d'indicazioni alla enucleazione del globo oculare ferito, come vogliono gli Inglesi, e come noi crediamo di dovere logicamente accettare. Perchè la proposizione di enucleare un occhio ferito con complicanza di corpo estraneo, per paura di ottalmia simpatica irrimediabile, equivale all'altra di non enucleare quando siamo nel caso di poterci augurare che l'ottalmia simpatica non si sviluppi, o se mai, benigna abbastanza per darci tempo di praticare la detta enucleazione. Ora qui non può decidere che la clinica osservazione, ai responsi della quale le nostre opinioni teoriche non ci impediranno di essere ossequenti. L'osservazione clinica infatti ha dimostrato che i pallini di piombo penetrati in un occhio, qualunque ne sia del resto la cagione che ora non ci cale ritrovare, agiscono meno gravemente di altri corpi estranei; che in questi casi la ottalmia simpatica è difficile, e noi subito ossequenti alla clinica, dichiariamo che nel caso detto si deve essere meno proclivi alla enucleazione che nei casi nei quali il corpo estraneo è di altro metallo o sostanza, di altra forma, ecc. ecc.

Dunque, i pratici offrano storie e casi di tolleranza per parte dell'occhio, e vedranno che in quel modo otterranno facilmente che si modifichi la formula severa della chirurgia inglese, caso che non potranno ottenere con le speculazioni, per quanto raccomandate dallo splendore del nome del loro autore. *(Continua).*

—

ALT. ADOLF. — *Compendium der normalen und pathologischen histologie des auges.* — Wiesbaden, 1880.

FORMULARIO

RICETTA N. 24.

Soluzione disinfettante.

Pr.	Acido Salicilico. . . .	gr.	5
	Borato di soda. . . .	»	1
	Acqua stillata	litr.	1

N. 25. *Pomata disinfettante.*

Pr.	Vaselina	gr.	10
	Acido fenico	»	0,10

N. 26. *Altra pomata disinfettante.*

Pr.	Vaselina	gr.	10
	Acido borico.	»	0,10

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

SOPRA UN LIPOMA CONGENITO DELLA CONGIUNTIVA, *operato nella Clinica Oculistica della R. Università di Roma dal Prof. Comm.* FRANCESCO BUSINELLI. — *Storia clinica per il Dott.* ETTORE BRACCHINI.

Il *lipoma*, produzione omologa in alto grado, quantunque raramente si veda sviluppare innanzi il 25° o 30° anno di età, pur tuttavia si trova talora, congenito, impiantato in parti nobilissime dell'organismo, ed in specie nella congiuntiva oculo-bulbare. Già da molto tempo, col nome di produzioni lipomatose, si classificavano nella patologia oculare tutte quelle affezioni della congiuntiva, che alle sole parvenze esterne al lipoma potessero rassomigliare; ma storie di vero lipoma, confortate dall'analisi microscopica, non le troviamo riportate che da Graefe, Wecher ed altri pochissimi, che, concordi tutti, affermano essere il lipoma congenito della congiuntiva, produzione rara estremamente; ed è perciò che credo possa riuscire di qualche utilità tanto per la parte differenziale della diagnosi, quanto per la parte terapeutica, narrare la storia clinica dei nuovi casi che si possono presentare.

Il 5 Novembre 1879, nella Clinica Oculistica della R. Università di Roma, veniva presentata alla consultazione pubblica, diretta dal Prof. Comm. Francesco Businelli, una bambina di giorni 23. Gracilissima di costituzione, con pelle tinta leggermente in giallognolo, per lieve ittero dei neonati; essa, fin dalla nascita, presentava nel suo occhio destro, al disotto della palpebra superiore, una rilevatezza che permetteva appena il serramento completo della medesima sulla inferiore; queste leggermente divaricate, facevano apparire nell'angolo interno dell'occhio, e precisamente nello spazio compreso fra il retto superiore e retto interno, un vero tumore di colorito roseo, di consistenza molle elastica, della grandezza quasi di un fagiuolo; esso

era impiantato con larga base sulla sclerotica, e sorpassando il *limbus conjunctivalis* nel quadrante superiore interno, protudeva a semiluna per 2 millimetri, circa, sulla cornea; era di forma un poco allungata, di superficie liscia, si portava in alto e all'indietro, ricoperto in tutta la sua estensione dalla congiuntiva alla quale aderiva strettamente, giacchè afferrata questa con una pinzetta non poteva spostarsi affatto, e l'adesione era tale che nel punto più sporgente del tumore essa cominciava ad ulcerarsi.

Il Prof. Businelli, attentamente esaminatolo, stabiliva la diagnosi di lipoma congenito sotto-congiuntivale, e con sottilissima analisi clinica, dimostrava come tale tumore tanto per il fatto di essere congenito, quanto per le sue apparenze macroscopiche, e per la località nella quale era impiantato, potesse benissimo differenziarsi da tutti gli altri che ammalano la congiuntiva. Difatti; esclusi i tumori eterogenei, giacchè nè l'età nè alcun altro carattere esterno poteva far sospettare affezione di simil natura; esso non poteva confondersi che colle cisti, e colle produzioni a forma poliposa.

Le cisti congiuntivali, rare anch'esse, non acquistano mai un grande sviluppo; la loro forma è rotonda e circoscrittissima; difficilmente assumono aderenze, sfuggono al toccarle, hanno un colorito rosa semidiafano, giacchè per il loro contenuto sieroso hanno un certo grado di trasparenza, che può benissimo osservarsi anche aiutandosi col rischiaramento laterale.

Le produzioni a forma poliposa, che sono per lo più piccoli fibromi, non acquistano anch'esse grandi proporzioni, si presentano quasi sempre come piccoli tumori di un color rosa pallido, raramente rossi, sempre peduncolati; talora rassomigliano ad un ammasso di vegetazioni, s'impiantano di preferenza sulla caruncola lacrimale.

La pinguecula è rarissimo trovarla nei giovani, avendo essa per lo più il suo punto di origine da irritazioni che

si portano sulla congiuntiva; difatti si osserva quasi sempre nello spazio della congiuntiva bulbare lasciato libero quando le palpebre sono semichiuse, Himly soltanto pretende averla ritrovata congenita. Essa è un piccolo tumore giallastro, poco elevato dal livello della congiuntiva, poco vascolarizzato, assai rettamente circoscritto, somiglia, quantunque non sia altro che un addensamento del tessuto connettivale e non contenga grasso, ad un lobulo grassoso.

L'enumerare semplicemente i caratteri principali di queste neoproduzioni che possono invadere la congiuntiva, ci fa vedere come il lipoma difficilmente con esse possa andare confuso; nel nostro caso esso aveva preso aderenze fortissime colla congiuntiva, e ciò conviene perfettamente colla descrizione che ne dà Saemich (*Manuale di Oculistica*, redatto da Alfredo Graefe, p. 146, vol. 4); infatti esso dice, come i rapporti di tali tumori colla congiuntiva, possono essere diversi, giacchè in qualche caso la mucosa aderisce strettamente al tumore, almeno in alcuni punti, e fa parte in certo modo del tumore stesso, mentre in altri casi non fa che ricoprirli. L'essersi poi la mucosa cominciata ad ulcerare in un punto, non sorprende, giacchè se è difficile, e tardissima l'ulcerazione dei tegumenti che ricoprono i lipomi quando sono in parti libere, non è così però quando sono soggetti a compressione e strofinìo, come accadeva in questo caso per esservi la palpebra soprastante.

Il volume del tumore, l'impianto suo in parte corneale, eran dati sufficienti per stabilire la necessità che il medesimo dovesse essere enucleato. Difatti il Prof. Businelli senza punto dilazionare, adagiata la bambina in posizione opportuna, mentre che l'assistente teneva divaricate le palpebre, esso con un colpo di bistorì incise tutto all'intorno sul tumore stesso la congiuntiva, ed afferratolo con un uncino, con quella celerità e maestria che molti anni di esercizio possono dare ad un illustre operatore e scienziato, prontamente lo enucleava. Frenata una leggerissima

conseguente emorragia, con due punti di sutura, si riuniva la mucosa incisa, e si applicava tosto la solita fasciatura compressiva a monocolo.

Il tumore estirpato fu sottoposto all'analisi microscopica e questa confermò la diagnosi emessa di lipoma, facendo vedere le sue cellule grassose raggruppate in lobuli, unite da una trama di tessuto fibroso contenente dei vasi capillari.

Il giorno susseguente all'operazione, presentata nuovamente la bambina, non faceva vedere che una leggerissima reazione nell'occhio operato: al terzo giorno si poterono togliere i punti di sutura e la fasciatura; e così lasciato l'occhio libero, all'ottavo giorno dall'operazione, quantunque la bambina, come si disse, fosse di debolissima costituzione, non rimaneva che una cicatrice biancastra al luogo del tumore estirpato.

Quanto alla genesi di questi tumori, Graefe la farebbe derivare da uno sviluppo maggiore del cuscinetto adiposo retro-bulbare, che perforando l'aponevrosi orbito-oculare verrebbe a far capo anteriormente al disotto della congiuntiva. Nel nostro caso, quantunque il tumore si estendesse molto in alto ed in addietro, non fu potuto rintracciare nessun smagliamento in questa aponevrosi, che potesse far sospettare avere avuto il lipoma in discorso tale origine; sicchè si può benissimo ammettere, che appartenendo esso alla classe dei tumori connettivali, abbia potuto trarre origine dallo strato profondo o fibroso della congiuntiva; e ciò verrebbe anche appoggiato dai rapporti strettissimi che il tumore aveva colla congiuntiva stessa; e credo forse che l'essere intimamente aderente alla congiuntiva, oppure l'essere soltanto da essa ricoperto, potrebbe servire come criterio a stabilire se esso possa essere stato originato o dal grasso retro-bulbare direttamente, o dallo strato connettivale della mucosa.

Come sede prediletta di questi tumori Graefe stabilisce lo spazio fra il muscolo retto esterno e retto superiore, e

soggiunge che il bisogno di operarli proviene dai disturbi più o meno gravi che il loro sviluppo può arrecare sulla secrezione ed escrezione lacrimale; raccomanda di non essere troppo corrivi nel volere operare, giacchè casi disgraziatissimi, come quello per esempio che narra Socin (*Archivio di Virchow*) di perdita di ambedue gli occhi per estirpazione di un piccolo lipoma sotto-congiuntivale, potrebbero fare ben pentire di una operazione non richiesta dalla necessità.

Sicchè, riepilogando, possiamo concludere: che il lipoma può avere doppia origine; omologa, dal grasso retro-bulbare ed eterologa, dallo strato fibroso della congiuntiva: che il lipoma può richiedere di essere operato, non solo quando per la sede che ha di preferenza può ledere la funzione lacrimale, ma ancora quando o per il suo impianto, o per il suo sviluppo, o per la sua pronta ulcerazione, per la compressione che esercita sull'occhio, può ledere la funzione visiva.

La bambina riveduta dopo circa due mesi dall'operazione non presenta che un segno cicatriziale senza il minimo indizio di recidiva, e l'aspetto dell'occhio ed il suo fisiologico movimento nulla presentano di anormale.

È NECESSARIO CHE NELLE SCUOLE NOSTRE

L'IGIENE DELL'OCCHIO SIA MIGLIORATA

Il punto di vista dal quale considero l'argomento non è altro che quello tutto pratico, che mi vien *presentato* dalla osservazione dei miei ammalati. Voglio dire, l'aumento di malattie che sembra trovino nella scuola ragione di esordire, di accrescersi e di propagarsi; aumento provatomi, per quanto mi sembra, da che, ogni giorno quelle malattie si mostrano alla mia osservazione, in numero maggiore.

L'argomento sarebbe di tanta importanza che, senza forse, meriterebbe un amplio sviluppo, ed anche uno sviluppo scientifico; ma siccome tra noi (Toscana) mentre teoricamente è noto a tutti più che a me, in pratica è poi trascurato affatto, parmi doverlo limitare ad un discorso pratico, che si rifletta al bisogno il più urgente, il più chiaro, ed il più facilmente rimediabile.

Noi vediamo, per esempio. non altrimenti di quello che veggono i nostri colleghi d'altri paesi, aumentare in grandissima proporzione le affezioni granulose della congiuntiva e la miopia. A queste due malattie converrebbe intanto di fissar l'attenzione: sarebbe non poco di guadagnato, perchè sono le due più comuni e più gravi e col provveder a queste ci porremmo sulla via di quelle riforme che senza grave danno e disdoro nostro, non possiamo tardare a metter in pratica.

Non avvi medico che ignori le affezioni granulose della congiuntiva potersi facilmente trasmettere per contagio. E tutti riconoscono che se le granulazioni si possono sviluppare spontaneamente, che se nel loro decorso prendono attitudini referibili in qualche modo alla costituzione organica dell'ammalato, se le complicazioni e successioni loro acquistano facilità o gravezza anche secondo le condizioni cosmo-telluriche, non cessano di essere contagiose come per lunga esperienza è ormai risaputo.

Ora parrebbe da questo che noi dovessimo trovare dispiegata ovunque la massima diligenza per avvisare gli individui sani di non porsi in contatto con gli ammalati, e per allontanare questi da quelli, e per intercettare ogni via al contagio. Lo facciamo noi? Non dubito che i medici non sieno accuratissimi in ciò: ignoro se tutti i municipii abbiano prese precauzioni speciali a questo riguardo; io solo questo mi so, che mi tocca di vedere *quotidianamente* individui affetti da malattie congiuntivali contagiose, non recenti, i quali fin pur a ieri frequentarono

la scuola e seguiterebbero a farlo, se io non mi opponessi energicamente. È parimente a mia cognizione, che in alcune scuole, chi le dirige tanto non prende l'iniziativa dello allontanamento di questi infermi, che richiede un certificato di malattia per esonerarli dal frequentare la classe. Nè mi è ignoto che alcuni infermi, dopo breve assenza, sono riaccettati nella scuola, mentre sono sempre in condizioni di comunicare la loro malattia. Ma ciò non fa meraviglia perchè è soltanto l'uomo della scienza che può giudicare in siffatta materia; e noi non dobbiamo rimetterci al giudizio di un povero maestro, il quale, con tutto il suo zelo, non può giungere ad escludere o ad ammettere alle scuole i fanciulli in modo giusto e corretto.

Io sono di credere che questo inconveniente, da me lamentato, sia pure avvertito da quanti sono colleghi in Firenze che hanno occasione di visitare un certo numero di ottalmici, onde potrei appoggiarmi anche sulla loro osservazione. E potrei avvalorarmi delle osservazioni fatte dal professore Raymond a Torino, dal Del Monte a Napoli, dal Cosetti a Venezia e dal Pierd'houy a Milano. Ma delle osservazioni ed opinioni dei miei colleghi mi parrebbe utile di occuparmi soltanto quando davvero questo argomento si dovesse studiare sul serio, e quando alle mie povere parole fosse per toccare un destino molto diverso di quello che prevedo.

Del resto, comunque sia la cosa, io ciò che vedo noto, e quanto ho notato, per mio dovere, referisco: « In Firenze l'ottalmia granulosa è in aumento, e questo per molteplici maniere di inoculazione. »

Tali sono i fatti. Quali i compensi? Facendo mie le idee del dottor Pierd'houy dirò che necessita provvedere perchè ne'collegi e nelle scuole si soddisfi a tutti quei precetti d'igiene che valgono a diminuire lo sviluppo delle malattie contagiose dell'occhio e ad impedire per avventura l'insorgenza di una vera epidemia.

Ed a quanti provvidi miglioramenti si fecero in questi ultimi anni nelle scuole, conviene aggiungere la istituzione di visite ottalmiche a brevi periodi determinati, a fine di allontanare quegli alunni che disgraziatamente sono presi da forme contagiose, pensando a riammetterli subito quando le condizioni locali dell'occhio il permettono. L'iniziativa per istituire queste visite speciali toccherebbe ai municipj ordinandole nelle scuole comunali, ove già profitterebbero a buon numero di fanciulli e poi servirebbero d'esempio alle scuole private, ai collegi, alle officine, ospizi e ricoveri di poveri.

Ma queste visite ci sono, e già dal 1800 e tanti; i medici condotti furono incaricati di farle, e le fecero sempre e con molto zelo. Tale è la risposta che io prevedo, e con la quale ogni municipio crederà non solo di chiudere la bocca a me (cosa facile) ma di arrestare il corso invadente del morbo (cosa difficile e di molto!) Che i medici condotti fossero incaricati di sorvegliare le scuole, sapevamvelo; e di che non sono incaricati i poveri medici condotti? Ma l'opera loro è insufficiente, perchè per le occupazioni che hanno molteplici e faticose, non possono seriamente accudire a questa bisogna, nè possono avere il tempo materiale per visitare, medicare e sorvegliare tutti gli abitanti delle scuole municipali.

Nei piccoli municipj, forse, la cosa sarebbe anche materialmente possibile, ma per quelli popolosi necessita istituire un servizio speciale come già fu fatto a Torino (1).

Quanto alla miopia, il provvedere non è meno urgente. Perchè mentre noi dobbiamo considerarla come il sintomo di una profonda lesione oculare, il popolo (e nel popolo ci metto i maestri) la riguarda come una speciale attitudine funzionale esprimente, se non vuoi altro, una condizione

---

(1) Vedi C. Reymond. *Osservazioni sulle ottalmie nelle scuole municipali di Torino 1879.*

privilegiata. Nè si possono di un tratto volgarizzare le norme profilattiche di questa malattia, nè come malattia persuaderla a tutti. L'abitudine invalsa di rimediare alla miopià con le lenti negative non è cosa da farla dismettere lì per lì e senza prescrizione per ogni caso. Di spesso, vedo de'giovinetti con estese e progredienti sclero-coroiditi posteriori che vengono a ricercarmi degli occhiali, perchè il maestro li ha loro consigliati, onde potessero da lungi accudire ai lavori della classe. E dico in verità che siamo a tal punto, che qualche maestro ha riso della mia dabbenaggine nel non sapere aggiustare la vista di un suo alunno, al quale, egli, maestro di scuola, ha provato presso qualche occhialaio che un paio di lenti *facevano benissimo!* E pur molto spesso vedo dei piccoli bambini che frequentano le prime scuole, i quali, costretti a dei lavori troppo minuti e troppo continuati, danno manifesti segni di quella astenopia che è foriera delle lesioni oculari che poi appariranno col fenomeno della miopia. E di questi piccoli bambini chi si occupa? Nessuno; perchè nessuno neppur si dubita di doverlo fare. A chi non è toccato visitando una scuola femminile di vedersi mostrare de' lavori fatti, con sottigliezza e minuzie sorprendenti, da bambine, senza che pur la maestra avesse una volta pensato agli occhi delle piccole artefici? A me accadde di sentire una maestra, la quale mostrandomi i lavori più delicati delle sue alunne, lamentava che per disgrazia le più abili e le più assidue non fossero di buona salute e spesso dovessero discontinuare il lavoro perchè ammalate d'occhi! Oh! se un medico avesse sorvegliato quella scuola, avrebbe certamente consigliate quella maestra a rovesciare la proposizione, e le avrebbe fatto sapere che quelle bambine si ammalavano d'occhi, perchè facevano quei lavori, i quali per loro erano di minutezza eccessiva.

Ora appunto perchè nel pubblico e nelle scuole regnano ancora i vecchi pregiudizi, e perchè in queste conviene che i fanciulli, oggi, usino con maggiore frequenza e diensi a più

importante e faticoso lavoro che prima non fosse, necessita non contentarsi che i progressi della igiene vi penetrino a poco a poco, non conviene vi sieno portati d'un tratto, o dirò meglio, impiantati come cose nuove. E questo ufficio non può compierlo che il medico.

Mi limito a queste poche parole, e concludo: che le scuole municipali hanno bisogno di un ispettorato medico per impedire il progresso delle malattie oculari contagiose, e per provvedere onde le fatiche sieno proporzionate alle condizioni fisiche degli alunni. Di mille altre cose mi taccio, perchè se prima non si provvede a questo imperioso bisogno, non si può parlare, nè scrivere sulla igiene della vista nelle scuole.

S.

RIVISTE

1. TALKO. — **Caso di cisti sierosa congenita sotto la palpebra inferiore nel microftalmo.** — *Medicyna*, 1879, N. 27 (Polacco).

Questa deformità fu osservata in un bambino di 9 mesi, bene sviluppato del resto; due altri fratelli erano sani e ben conformati. La palpebra superiore era tutta ritirata nel sacco congiuntivale, cosicchè l'orlo ciliare non si poteva più vedere; la palpebra inferiore al contrario era sollevata da una cisti fluttuante, elastica, grande come una susina; aveva riflessi azzurrognoli, e in conseguenza di ciò, atrofizzata. L'indice introdotto nel sacco congiuntivale, sente i rudimenti del bulbo della grossezza di un pisello. La cisti fu estirpata insieme al bulbo rudimentale ed esaminata anatomicamente, lo che viene esposto mediante due figure ben riuscite. L'A. si dichiara favorevole all'opinione di Hoyer, cioè che queste cisti siano propriamente cisti da ritenzione e debbano essere originate dall'occlusione della parte superiore del sacco lacrimale nel solco lacrimale. In ogni modo, i rudimenti del bulbo contrastano con l'opinione di Manz, che ritiene le cisti come idroftalmi.

Obalinski (Cracovia).

2. D.r TARTUFERI. — **Sulle forme cellulari che compongono l'epitelio della porzione tarsea della con-**

giuntiva umana. — (*Giornale internaz. delle scienze mediche,* fasc. 9, anno I).

Di questo bellissimo lavoro ecco la conclusione: L'epitelio della congiuntiva tarsea è prismatico stratificato con pori canali, e si compone di tre distinti tipi di forme cellulari: 1° Cellule superficiali costantemente prismatiche nella loro porzione esterna; 2° Cellule medie di forma variabilissima; 3° Cellule profonde con scarsissimo protoplasma. Le prime e le ultime sono costanti e disposte in serie ordinate. Le seconde possono mancare, o essere disposte in una sola serie, o comporre più ordini non allineate regolarmente: sono le più variabili di tutte per forma e per grandezza.

3. Pr. Cohn. — **Influenza della luce elettrica sulla vista** — (*Recueil d'ophthalmologie,* Luglio 1879).

Secondo il *British Medical Journal* del 17 maggio, il prof. Cohn di Breslavia ha fatte esperienze per ricercare l'influenza della luce elettrica sulla vista e sulle sensazioni de' colori. Ha trovato che le lettere, le macchie ed i colori sono distinti più da lontano con la luce elettrica che con quella del gas e con quella solare. La visione del rosso è 6 volte più acuta, quella del verde e dell'azzurro 2 volte.

4. Sezione oculistica del Congresso medico internazionale (Amsterdam).

Nel Settembre p. p. e nell'occasione del Congresso internazionale delle scienze mediche tenuto ad Amsterdam, vi fu adunanza di oculisti che in apposita sezione si occuparono di argomenti sui quali è bene fermar l'attenzione.

Il signor Saemisch (di Bonn) prese a dire della congiuntivite *granulosa* e della *follicolare*, e con le preparazioni microscopiche che espose fece vedere che nell'un caso e nell'altro il fatto morboso è sottoepiteliale. Ma nella congiuntivite follicolare si tratta di una specie di capsula fatta da cellule di connettivo, senza vasi e con un nucleo di cellule linfoidi. Mentre nel caso della granulazione trovasi uno stroma di connettivo vascolarizzato, ed alla periferia, allo stato cellulare. Nei primordi del male le cellule sono in sovrabbondanza, ma diminuiscono sempre per lasciare il connettivo solo, che forma un tessuto di cicatrice.

O. Becker (Heidelberg) e Warlomont (Bruxelles) dissero intorno a ciò qualche parola che non modifica l'opinione di Saemisch: e così circa le granulazioni non fu detto nulla di nuovo.

Il signor Nuel richiamò l'attenzione sopra un preparato mostrante delle *glandule tubulose sviluppate nella congiuntiva non granulosa* di un uomo affetto da sarcoma della coroide. E mostrò anche un tumore retinico, del

quale non era determinata esattamente l'entità anatomo-morfologica. Trattavasi di un occhio glaucomatoso da sei anni, che fu estirpato per sarcoma coroideo, che mostrava la retina scollata, privata de' suoi elementi nervosi, e con due noccioli pigmentati (da 1 a 2 mm.) alla faccia interna. Questi noccioli constavano di enormi cellule protoplasmatiche ($^1/_{50}$ mm.) granulose, pigmentate e con nucleo voluminoso. Alcune erano rotondeggianti, altre fusiformi con prolungamento finissimo. Tumore nervoso secondo l'A.?

Il signor Brailey (Londra) mostrò delle preparazioni microscopiche relative alla patogenia del glaucoma. Segnalavasi che in quasi ogni caso erasi veduto un allagamento delle arterie ciliari ed in specie del grande cerchio arterioso dell'iride.

M.r Coppez di Bruxelles, comunica una osservazione curiosa. Un uomo al quale furono fatte delle iniezioni sottocutanee di pilocarpina vide (dopo la terza) farsi castagni i suoi capelli bianchi.

Fu fatta una discussione su questo proposito, e Warlomont, giudiziosamente, disse non convenire l'affrettarsi e dare pubblicità ad un caso di questo genere che dev'essere accettato con molte riserve. — Manolesen disse non aver mai visto nulla di simile nella clinica di Wecher. — Martin (Cognac) vide per la pilocarpina una iperemia cerebrale. — Dransart (Somain) la trovò antagonista valido dei fenomeni cerebrali per atropinismo. — Bribasia la vide utile nelle ottalmie dopo l'operazione della cateratta. — Coppez ammette l'antagonismo con la belladonna, ma non reputa utile impiegarla vista la depressione del circolo che abbiamo nell'atropinismo. — Warlomont ricorda che quest'antagonismo fu primieramente riconosciuto da Vulpian.

Nella seconda seduta (9 settembre) M.r Doyer espone il resultato delle sue ricerche sopra gli agenti miotici e midriaci (eserina e pilocarpina, gelsemina, atropina, daturina, duboisina).

Pe' miotici risulta che:

1° L'eserina a piccola dose agisce sulla contrazione pupillare e sull'accomodazione.

2° La pilocarpina, sempre a piccola dose, agisce sulla contrazione pupillare e sull'accomodazione.

3° La miopia prodotta dall'eserina è più forte di quella provocata dalla pilocarpina, ma è di durata più breve.

4° L'influenza dell'eserina si mostra più o meno rapidamente secondo la dose impiegata, quella della pilocarpina si manifesta in un quarto d'ora qualunque ne sia la dose.

5° L'azione dell'eserina dura circa 4 giorni; quella della pilocarpina 24 ore.

6° La pupilla e l'accomodazione, sotto l'azione della eserina possono modificarsi in senso inverso, e cioè questa prima di quella e talora simultaneamente.

Pei midriaci che:

1° La dose minima producente paralisi della accomodazione è per la gelsemina, atropina, daturina, duboisina espressa dalle cifre $^1/_{2400}$; 1; 1, 7; 2, 5.

2° La paralisi prodotta dalla gelsemina dura due ore. Produce nausee e vomiti. La paralisi accomodativa dura 24 ore per le altre sostanze.

3° Per qualunque midriaco la dilatazione pupillare procede senza paralisi di accomodazione.

4° Quando la pupilla d'un lato si dilata per l'azione di un midriaco, quella del lato opposto si ristringe.

5° La gelsemina sarebbe preferibile per la corta durata de' suoi effetti, ma è inferiore a tutti per le nausee che produce.

M.r Dransart fa la storia del nistagmo dei minatori ed ammette debba riguardarsi come una *miopatia degli elevatori e del retto interno, più o meno intimamente legata alla paresi dell'accomodazione ed all'anemia.* Consiglia di curarla con il togliere il minatore dal lavoro « dalla vena, » coll'eccitare con la corrente costante i muscoli nistagmici, con le docce oculari, cogli strichinici, coi ferruginosi e colla chinina.

Warlomont presenta l'optometro metrico, e l'*ottalmoscoptometro* destinato alla misura obiettiva della refrazione.

M.r Kahnt parla delle modificazioni patologiche dell'estremità bulbare del nervo ottico; ma non mi pare il caso di occuparmene per ora.

Martin (Cognac) parla dell'*anaplastia apediculare* per l'ectropion cicatriziale e per la blefaroplastia. Per assicurare il resultato conviene, secondo ei dice: 1° avere un lembo di tessitura densa; 2° temperatura elevata; 3° compressione metodica sufficiente.

Nella terza seduta (11 settembre) M.r Gayet parla in favore della *cauterizzazione ignea* applicata alla cura del *cheratocono pellucido* e di un nuovo metodo operatorio applicabile all'entropion. Consiste nel praticare sulla palpebra, chiusa nelle pinzette di Snellen, una incisione che passi dietro i cigli e divida la palpebra in due strati (*tables*) fino ad una certa profondità. Poi si stacca dalla medesima palpebra e dalla sua parte superiore un lembo allungato, largo 5 o 6 millim. con la base all'angolo esterno. Il lembo rovesciato è introdotto nell'angolo formato dal divaricamento dei labbri della palpebra divisa. Si applicano le suture ed una medicatura antisettica.

Donders richiama l'attenzione del Congresso *sul progetto di regolamento per l'esame delle facoltà visive del personale delle strade ferrate*, e questo

dopo profonda discussione fu approvato come base di regolamenti internazionali.

Nella quarta seduta (13 settembre) Snellen parlò del metodo antisettico nella chirurgia oculare (Ved. alla rubrica per il Congresso di Milano).

Maréschal, a nome di M.r Appie di Ginevra, parlò sulla profilassi della cecità sotto il punto di vista delle ottalmie contagiose. In questo lavoro vi sono delle cifre che fanno inorridire; per es. sopra 56,000 ammalati, 1,178 ciechi, dei quali ne sarebbero potuto guarire 1,070! quasi tutti! (clinica Leibreich). Convien provvedere: convien forse aspettare che la cecità sia prodotta per farle godere i benefici della filantropia?

M.r Martin cerca la ragione della grande malignità della cheratite dei mietitori, che nel suo paese (Cognac) è una delle cause più frequenti della cecità, e crede trovarla nel fatto di una preesistente blenorrea del sacco lacrimale. Ma M.r Libbrecht non ne conviene.

M.r Manolesen parla della sclerotomia per la cura del glaucoma cronico semplice, riportandosi ai resultati ottenuti da Wecker in 39 casi. Sostiene che in tali casi è preferibile alla iridectomia come lo è nel glaucoma emorragico e nella idroftalmia.

Il Donders fece conoscere che anche il Bowman è partigiano della sclerotomia, la quale un giorno supplanterà l'iridectomia.

Nella quinta seduta (13 settembre) M.r Gillarry ha fatte delle considerazioni sopra l'ottalmia simpatica (Ved. alla rubrica Congresso di Milano).

Bouchut presenta *alcune considerazioni sulle emorragie retinniche nel corso delle malattie acute e croniche del cervello dei fanciulli e degli adulti* in qualche caso di febbre tifoide a forma cerebrale, e nella *diatesi emorragica* avente forma di porpora emorragica. Bouchut mostra le figure ottalmoscopiche di 36 casi: 34 di questi casi si riferiscono a bambini da 3 a 14 anni, *i quali non accusavano alcun disturbo oculare e nei quali le emorragie furono trovate, perchè Egli ha il costume di guardare il fondo oculare ad ogni ammalato.*

Warlomont dà lettura di una comunicazione di Critchett, che è importantissima perchè si riferisce ad un caso di ottalmia gonorroica (guarito) curata in nuova maniera, della quale non so, per ora, bene capacitarmi. Si tratta di avere distaccata la palpebra superiore dal sopraciglio, di aver sfondato il cul di sacco congiuntivale superiore e così essersi aperta una strada per poter modificare la congiuntiva, quando il chemosi non lasciava più divaricare le palpebre. Anzi si fece di più; i lembi della ferita si tennero divaricati unendoli alla parte circostante. Quando l'infermo fu guarito si chiuse quest'apertura mercè sutura adattata e si ebbe per resultato una minima deformazione.

La sesta riunione del Congresso (1880) avrà luogo in Italia, ma non si conosce in quale città.

PER LA QUARTA RIUNIONE
DELL'ASSOCIAZIONE OTTALMOLOGICA ITALIANA.

QUESITO 3°.

Snellen trattò nella quarta seduta della Sezione ottalmologica del Congresso medico periodico internazionale (Amsterdam, 13 settembre 1879) del metodo antisettico nella chirurgia oculare e depositò le conclusioni seguenti:

1) La suppurazione consecutiva alle operazioni sugli occhi è un processo analogo alla suppurazione che consegue alle operazioni sulla pelle; le misure antisettiche modificate secondo le circostanze hanno in queste operazioni il medesimo valore profilattico;

2) In alcune operazioni che si praticano sulla cornea non devesi trascurare di lavare precedentemente con l'acido fenico in soluzione 1|100 il campo della operazione e ciò che vi viene in contatto (mani dell'operatore, degli assistenti, spugne, ecc.) nè di pulire gli strumenti con l'alcool;

3) L'impiego della nebulizzazione di Lister, offre delle difficoltà assolute nelle operazioni sulla cornea. Con successo gli si sostituisce una corrente d'aria purificata dall'acido fenico;

4) Come medicatura antisettica e protettrice bastano pezzi di tela imbevuti di vaselina e cotone purificato. Le preparazioni antisettiche irritanti che aumenterebbero la secrezione delle congiuntive e delle glandule palpebrali, debbono essere abbandonate. La corrente d'aria destinata allo allontanamento de' batteri è condotta, per un giuoco di mantice potente, in un tubo leggermente scavato, mantenuto nella direzione dell'occhio da operare: vi arriva purificato dall'acido fenico (recipiente interposto) e colato (ovatta messa nel tubo conduttore).

La polverizzazione di Lister finisce per anestetizzare le mani dell'operatore; nasconde le minute particolarità del campo operatorio; irrita le congiuntive del malato.

QUESITO 4°.

Nella Sezione ottalmologica del Congresso medesimo (13 settembre), M. Gillavry raccontò di aver esaminato un occhio ferito alla regione ciliare, che originò una irido-ciclite simpatica. Il cristallino mancava; il corpo vitreo, la retina, il nervo ottico non offrivano alcun segno di inflammazione.

L'esame microscopico dimostrò:

1) Una infiltrazione di cellule linfoidi nella coroide e lo strato adiacente della sclerotica;

2) Uno stato normale del nervo ottico e delle lacune sotto aracnoidee;

3) L'esistenza di agglomerazioni di cellule linfoidi nelle lacune sotto-durali e nella parte posteriore delle coroide;

4) L'assenza d'infiammazione negli inviluppi del nervo ottico e nel nervo stesso.

Secondo l'Autore, l'agglomerazione delle cellule formatesi nello stretto spazio sotto-durale impedirebbe, nel luogo, la corrente linfatica e l'arresterebbe. Se eguali ostruzioni seguono nelle cavità craniensi l'occhio non ferito può trovare ostacolo a scaricare i suoi liquidi linfatici finchè debbono percorrere lo spazio sotto-durale.

In un altro caso egli trovò lo spazio sotto-aracnoideo siffattamente ostruito per ammassi cellulari, che erasi dilatato a forma di ampolla.

Si può credere che l'irido-ciclite simpatica possa, in qualche caso, essere l'effetto della ostruzione dello spazio sotto-durale nella cavità craniense. E bisogna anche pensare alla possibilità di un trasporto dei prodotti infiammatori dall'occhio malato al sano o la via degli spazi linfatici della cavità craniense. —

— Ma questa non può essere la condizione patogenetica di ogni ottalmia simpatica, ed infatti sembra già dimostrato che alcune volte trattasi di una azione riflessa che passò tutta fra i nervi ciliari, e che alcune altre mostri l'esempio di una diffusione per le fibre stesse del nervo ottico.

Intanto i signori Dianout, Abadie e Redard recentemente sono tornati a lodare la *nevrotomia dei nervi ciliari nella ottalmia simpatica,* e la *Société de Chirurgie* ha preso in considerazione i lavori di costoro nell'adunanza del 17 dicembre ultimo (1).

Ma questa Società sul rapporto del signor Giraud-Teulon ha convenuto che la nevrotomia ciliare non possiede tutti i vantaggi dei quali la vogliono arricchire i suoi fautori. Cioè: 1° non è vero che sia sempre operazione lievissima; 2° non è vero che conservi sempre al globo oculare la sua forma, la sua trasparenza ed i suoi movimenti; 3° non è vero che sia sempre efficace, cioè tale da sopprimere i dolori ed impedire la influenza sull'occhio opposto. Dopo questo, l'*enucleazione* rimane sempre come il miglior mezzo da impiegare contro l'ottalmia simpatica ed è preferibile alla nevrotomia anche quando si debba praticare preventivamente.

Notizie e Varietà

Con R. Decreto (N. 5179, serie 2ª, 20 novembre 1879) al Prof. di Ostetricia della R. Università di Modena fu anche accordata la direzione sanitaria del Brefotrofio e della Maternità.

---

(1) *Le Progrès Médical.*

CONDIZIONI METEOROLOGICHE DI FIRENZE

1ª e 2ª decade del Dicembre 1879.

Estremi termografici			Giorni di pioggia e neve	Pioggia in millimetri	NOTE
Minimo	Massimo	Giorni			
— 6,3	+ 14,0	3,5	4	19,5	Il vento di N. E. dominò per 4 giorni. S. W. forte e caldissimo nella sera del 5. — Giorni 9 il più freddo. Giornate di gelo 6, grossezza del ghiaccio da 6 a 7 cent. — Neve in città il giorno 1 ed il 7: altezza della neve 4 cent.
— 7,0	+ 9,6	12,19	1 (neve)	»	Vento dominante della decade NE. Si ebbero 7 giorni di gelo. Neve ai monti e spruzzi di neve in città il dì 14.

CORRISPONDENZE [1]

Pregiatissimo Signor Direttore
del Bollettino d' Oculistica, Firenze.

Ella mi richiedeva, or non è molto, qualche notizia circa la Medicheria ottalmica che, per suo consiglio, aprii in Empoli nell'anno 1874. Siccome delle condizioni della medesima, quali erano nei primi tempi della sua istituzione, Ella ne è perfettamente informata, così credo che desideri di sapere ciò che dopo quel tempo io abbia potuto osservare, o quello che dalle osservazioni abbia potuto dedurre. E per tanto in questa mia lettera le dirò che esaminando i malati, i quali attualmente frequentano le mie consultazioni, e poi scartabellando i vecchi registri, apparisce che oltre alla quantità anche la qualità degli infermi è mutata. E se Ella prendesse le cifre del primo mese, cioè dal 26 settembre 1874 al 26 ottobre detto, ritroverebbe che fra 51 ammalati da me visitati,

(1) La Direzione del *Bullettino* ha creduto di far cosa utile procurando ai suoi lettori notizie sulle condizioni dell'esercizio dell'oculistica nei vari luoghi del nostro paese. E per questo andrà pubblicando sotto la rubrica « *Corrispondenze* » tutte le lettere che le perverranno su questo argomento.

ve ne sono più di un terzo, che furono battezzati col medesimo nome, e che gli altri sono distribuiti fra le diverse malattie. Venti infatti appartengono alla categoria dei granulosi. E nei primi tempi seguitarono a presentarsi molti affetti da tracomi complicati o no da lesioni corneali.

Nei cinque anni, da che ho cominciato le mie consultazioni, ho veduto adagio adagio diminuire il concorso di questi disgraziati; mentre quelli, che erano in cura, sebbene dopo molto tempo, arrivavano alla guarigione. Oggi al mio studio, non voglio dire che non sieno più granulosi, ma col numero così cresciuto di malati di occhi, son lontano le cento miglia dalla proporzione dei primi anni relativamente ad essi. Ora ho in cura, e la maggior parte in via di guarigione, non più di 10 affetti da tracomi, e di questi se ne presentano ma più di rado dei nuovi. Quale è stata la cagione di questa diminuita proporzione di granulosi? Non creda, caro Professore, che io voglia venir fuori col vantarle un nuovo metodo di cura derivato da incessanti studi anatomo-patologici, no, poichè la piccolezza dell' ingegno e i rompicapo della Condotta non mi danno il modo e il tempo per studi profondi. Mi sono però persuaso che il più grande vantaggio della cura l'ottengono quei malati, che più assiduamente frequentano le medicature. Quando il malato trova a quelle date ore, a quei dati giorni fissati sempre il medico pronto per visitarlo, fargli le prescrizioni e curarlo, ne segue che volentieri ci ritorna, perchè sa di non fare un viaggio invano, vede gradatamente il meglioramento, è incoraggiato a perseverare nella cura, la quale abbenchè lunga lo porterà a certa guarigione. Appena si presenta un individuo affetto da granulazioni, io non gliela maschero, gli dico (a seconda del periodo nel quale si trova il male) che è malattia lunga, che per guarire bisogna che frequenti senza interruzione per più di un anno la mia sala, fo conoscere i pericoli, ai quali va incontro rilasciando il male a sè stesso, ecc., ed allora quel malato messo, come suol dirsi, fra l'uscio e il muro, invece di acciecare preferisce, anche se di lontano, venire al mio studio. Onde è che queste sale di consultazioni con giorni ed ore fisse, e ciò che più preme *sempre* col medesimo medico, e di più, anche questo è importante, senza alcuna spesa per la visita, credo sieno assai vantaggiose per tutti i malati d'occhi, ma specialmente per quelli rammentati, che han bisogno appunto per il male che loro affligge, di farsi spessissimo e per lungo periodo di tempo visitare. E come tante belle Istituzioni ebbero fra noi appoggio e denari ed ora fioriscono a van-

taggio dell'afflitta umanità, così io non crederei meno importante che contro le granulazioni, questo fiero nemico dell'organo indiscutibilmente più necessario, si bandisse una crociata, che se non a debellarlo del tutto, valesse almeno a renderlo più mite e ad impedire i danni sì grandi ove egli prende terreno. Come abbiamo la Istituzione degli Ospizi Marini per gli scrofolosi, non potremmo avere anche le sale per gli affetti da tracoma? Non mi sembra minimamente di dire una cosa strana, nè difficilmente attuabile. Veda se della mia idea può farne qualche cosa, ed intanto mi creda

Empoli, 8 Dicembre 1879.

Suo affezionatissimo amico
Dott. G. Pini.

Firenze, 10 dicembre 1879.

Egregio Professore.

Leggendo nel fascicolo del corrente mese del *Bollettino d'Oculistica*, da Lei degnamente diretto, il suo articolo sull'effetto nocivo del bagno di mare nelle oftalmie scrofolose, e trovandolo di una utilità pratica incontestabile, tanto più che in generale dai malati e dalla maggioranza dei medici non credo divisa questa sua opinione, mi permetto rivolgerle queste righe sopra tale soggetto.

Nel precitato suo articolo Ella ha avuto premura di dichiarare che non intendeva entrare nel campo della questione generale dell'utilità del mare nella scrofola, e solo si restringeva a ciò che riguardava la terapia oculare; credo che per me pure sarebbe fuor di luogo uscire da detto campo; e senza toccare nemmeno le ragioni teoriche per le quali Ella vorrebbe proscritto il mare, e che trovo giustissime, vengo a notiziarla di alcuni fatti relativi a quest'argomento, che nella mia qualità di medico addetto al R. Orfanotrofio del Bigallo ho potuto osservare insieme agli altri distinti colleghi, sanitari in quello stabilimento.

Ella saprà come ogni anno nella stagione estiva soglia l'Orfanotrofio fare un invio di un certo numero dei suoi alunni al mare, e come per la scelta dei più bisognosi convochi i suoi Medici, che in Commissione esaminano, e scelgono fra quegli alunni che hanno presentato il certificato del loro medico curante che gli dichiara in condizioni tali di salute da meritare di esser presi in considerazione in detta visita. E qui dirò di passaggio, in appoggio di quanto or ora notavo, che la sua opinione non è da molti divisa, come frequentemente si presentano malati di scrofulidi oculari, ai quali il medico curante ha dichiarato utilissimo il bagno di

mare. In detta visita, tanto fatti dalla pratica persuasi della di lui nociva influenza, ha la Commissione già da molto tempo il sistema di non inviar mai al mare gli scrofolosi con affezioni oculari acute, per quanto queste possano essere leggere e di poca importanza, e di escludere pur quelli che presentano rammollimenti od ulcerazioni della cornea: e nemmeno altri oftalmici sono i prescelti e sono sempre gli ultimi ad entrare in nota, perchè sebbene in quelle forme, come blefariti scrofolose, ecc., in generale non abbiamo potuto vedere danni rimarchevoli nell' invio ai bagni di mare, per certo però non se ne sono avuti nemmeno grandi vantaggi.

Finalmente in quanto alla spinta che il mare darebbe, secondo quello che Ella scrive, allo sviluppo delle malattie oculari, nei nostri ragazzi non possiamo registrarne casi a sufficienza, chè sopra una trentina di fanciulli spediti ogni anno a Viareggio, è raro che si debba osservare essersi nella bagnatura sviluppata malattia oculare.

È l'argomento che Ella ha toccato di tale importanza, non solo perchè, come ben dice, questo mare costa a molti non lievi sacrifizi, ma anche perchè, dopo tutto, molti se ne tornano a casa in condizioni eguali o peggiori, che mi è piaciuto portare a sua cognizione questa rejudicata della Commissione sanitaria del Bigallo e questi fatti che in quelli orfani ho potuto osservare, perchè Ella ne faccia quel conto che meglio crede.

Intanto mi è grato ripetermi con stima

Devotissimo Collega

Dott. Vittorio Bosi.

Interessi Professionali

Diplomi americani. — Il prof. Warlomont ha comunicato all'Accademia Reale di Medicina di Bruxelles la seguente lettera del dott. Syten, segretario dell'Università di Filadelfia:

« Esiste a Filadelfia una istituzione screditatissima, che ha preso il nome di *Università americana di Filadelfia*, la quale fa un traffico di diplomi di Medicina, che non riesce più in America, ma che continua ad andare egregiamente in Europa. Alcuni anni sono la Commissione legislativa degli Stati di Pensilvania emanò un decreto che toglieva la licenza di questo traffico; ma in seguito ad un vizio di forma, questo decreto non ha potuto sortire il suo effetto. Questa istituzione continua ad esistere ed a violare una tale decisione facendo traffico di diplomi. Alla sua testa si trova il dott. Buchanan, ben conosciuto in Europa per le circolari e gli annunzi che vi ha diffuso a profusione. »

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile*.

Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

CONTRIBUZIONE ALLO STUDIO DELLE MALATTIE DELLA CORNEA. — *Lettura fatta all' Accademia medico-fisica l' 8 gennaio 1880, dal socio Conservatore* A. SIMI.

Gli studj sulla possibilità di far cicatrizzare le soluzioni di continuo della cornea per mezzo di un tessuto trasparente furono, qualche anno indietro, iniziati dal Professor Castorani di Napoli (1). Egli per mezzo di adattate esperienze mise in chiaro questi fatti e cioè: quando si distruggevano delle macchie della cornea e per mezzo del coltello o del caustico si trasformavano in ferite od in ulceri, di queste si aveva poi cicatrice trasparente per riproduzione di tessuto cheratico, e quindi senza macchia, purchè si facesse uso di appropriata medicatura.

Ed io stesso, quando conobbi gli studj del Castorani, praticai delle esperienze in questo senso: e potei provare la giustezza delle asserzioni del clinico di Napoli, in una fanciulla di Calci presso Pisa, Eufemia X...., la quale era rimasta cieca in conseguenza di una opacità leucomatosa risultato di una ottalmia purulenta.

In tale ammalata, io distrussi il tessuto opaco cauterizzandolo con l'acido citrico cristallizzato; giunsi con la distruzione vicino alla membrana del Descemet, e feci cicatrizzare la parte mantenendola sempre, secondo i precetti del Castorani, leggermente irritata e scrupolosamente netta. Questa donna giunse a poter leggere, a cucire e ad infilare un ago.

Per le parole del dotto Professore sullodato e per questa mia osservazione; alla quale altre molte di poi furono compagne, sebbene mai più con resultato tanto estesamente favorevole; acquistai la convinzione che convenisse cercare di renderci familiari queste condizioni della facile riproduzione della cornea: poichè la sua possibilità era certa. Ed a questo volsi i miei studj.

---

(1) Vedi *Mémoire sur le traitement des taches de la cornée,* 1868.

E mi parve che per primo fosse da vedere se non si poteva andar più per le spicce, ed invece di trasformare le macchie cheratiche in ulceri od in ferite, non si potesse curar queste per modo che le macchie non si producessero: imperocchè le macchie sieno sempre la conseguenza, prossima o remota, di un' ulcera o di una ferita.

E, voi tutti conoscete a quest'ora, perchè il caso fu da me pubblicato, come nell'anno passato mi riuscisse di ottenere la guarigione di una gravissima malattia della cornea opponendole un modo di cura che a tutta prima poteva sembrare arrischiato. Trattavasi di un uomo che aveva un esteso abscesso della cornea, della quale aveva guasto, per ciò, quasi tutto il tessuto: e potè guarire dopo la recisione di tutta la parete anteriore dello abscesso, che venne convertito in un'ulcera e medicata per modo da aver cicatrice trasparente (1). Agendo così, io intesi di togliere di mezzo, al più presto e nella maniera più completa possibile, l'azione del pus su quelli elementi anatomici della cornea che potevano rimanere ancora integri, e di spiegare su questi delle modificazioni che li allontanassero dalla degenerazione purulenta e li costituissero matrice di elementi nuovi, omologhi e persistenti. Ed a questo effetto usai l' eserina e la pilocarpina, in verità empiricamente e senza cedere alle ispirazioni di teorie, alle quali anche oggi, non vorrei che il mio caso porgesse ajuto o sostegno.

Comunque sia, a me fu estremamente utile il separare con prontezza il tessuto sano da quello malato, ed il provvedere a che sulla resultante ferita non si accumulassero nè i prodotti della secrezione congiuntivale, nè i detritus che si formavano sulla superfice ulcerata che era il limite di un tessuto nel quale il movimento di nutrizione era estremamente anormale.

Ora un fatto di questo genere doveva per me passare

(1) Vedi *Bollettino d'oculistica*, anno I, pag. 13.

senza insegnamento alcuno? Era proprio necessario che io aspettassi che si riproducesse un caso *perfettamente* uguale, per ritentare la medesima cura? Perchè non poteva io impiegarla in una ulcerazione della cornea che non fosse la cavità di un abscesso aperto da me, ma una ulcerazione spontaneamente avvenuta per sfacelo di gran parte del tessuto cheratico?

Io poteva dire che il mio infermo era guarito perchè i globuli purulenti non si trattenevano nel tessuto cheratico: era guarito perchè il tessuto integro si era conservato e perchè quello distrutto si era riformato, presso a poco, secondo il tipo istologico della parte. E quindi a qualunque distruzione, o traumatica o per fusioni purulente, per necrobiosi, o comunque vogliasi, il modo di cura era applicabile.

Tali le mie opinioni sull'argomento. Ecco come sono apparse in confronto di un nuovo caso clinico; caso che speravo di potervi portare qua entro perchè lo vedeste da voi, ma che disgraziatamente non ho potuto osservare fino in fondo, nè è rimasto sotto la mia cura per quanto avrei desiderato. Ma quantunque incompleto offre, io credo, un grande interesse pratico, e non lo reputo indegno della vostra attenzione.

Olinto Bonciani di Castelfiorentino, artigliere in attività di servizio, il 21 o 22 dicembre ultimamente decorso, ammalava per grave congiuntivitide all'occhio sinistro. Il male a quanto sembra aveva quelle caratteristiche che corrispondono al concetto delle congiuntivitidi purulenti. Fu medicato con le cauterizzazioni al nitrato d'argento: ma la congiuntivitide non mostrò di cedere, e con prontezza si mostrarono lesioni cheratiche.

La mattina del 25 dicembre, chiamato a consulto, io lo visitai in unione ai distinti colleghi Dottori Brilli e Giuliani e potei constatare che la cornea di quest'occhio, affondata in un rilevantissimo chemosi sanguigno e ricoperta di pus che tracolava in copia fin sulla guancia, era ram-

mollita, tutta opaca, e nel centro mostrava un piccolo deposito marcioso ricoperto da tessuto cheratico, molle, sporco, quasi mortificato.

Dopo 48 ore, poichè l'infermo non aveva voluto medicarsi, mi fu portato in Firenze, ed io dovetti nuovamente rivederlo. I guasti della cornea avevano progredito. In fondo al chemosi vedevasi tutta la cornea mortificata, necrosata, e pareva stesse per cedere, da un momento all'altro, alla pressione endoculare. Soltanto in fuori ed in alto, pareva di vedere un leggero lacerto di tessuto cheratico che appariva quando con appropriate lavande si era remosso il pus che sciumoso prima lo nascondeva.

E perchè ci si intenda meglio su queste condizioni della cornea, dirò: che tentandone la resistenza con un pezzetto di carta arrotolata, defiguravasi e muovevasi, ricordando quei lacerti che vediamo nei casi di gangrena pultacea.

Non è a dirvi, o Signori, con quale animo incominciassi la cura di questo infermo; e voi potete facilmente capire, che se una qualche lontanissima e fioca speranza non l'avessi trovata nel ricordo dei fatti sopra riferiti, non avrei dovuto stimar dicevole a medico onesto, il non dichiarare quest'occhio irreparabilmente perduto, e allontanare l'arte da così aspro ed ineguale cimento. Ma comunque ecco ciò che feci.

Cercai subito di togliere quanto mi fu possibile di questo tessuto mortificato, feci applicare delle fomente caldissime, e posi l'occhio sotto l'azione dell'eserina, sia per diminuire la tensione oculare ed il suo effetto sulla cornea rammollita, sia per avere la maggior chiusura possibile della pupilla, e ad ogni evento quindi, un po' men facili i danni dell'apertura dell'occhio. E poi mi presi l'obbligo di pulire la parte, fino a giungere, anco, alla membrana del Descemet se fosse stato necessario, quando mi riuscisse di farlo senza produrre rottura della parete della camera anteriore. Questa pulitura, alla quale io davo mano ogni poche ore, consi-

steva nel grattare questo tessuto necrosato mercè dei rotolini di carta appuntata ed a forma di cucchiajo. Essi servivano a dissecare. Poi con un getto d'acqua i lembetti venivano sollevati e colle pinzette asportati.

Ventiquattr'ore non bastarono ad ottenere l'intento, perchè in certi punti arrivare al buono voleva dire perforare la camera anteriore. Ma nel giorno susseguente, stimando ormai abbastanza l'azione dell'eserina, detti mano ad una pomata fatta con vaselina ed acido fenico. Per questa (se non mi inganno) la pulitura della ferita si fece più facile perchè in un giorno arrivai a togliere quasi tutto il tessuto cangrenato e ad aver messo allo scoperto quasi tutta la Descemeti. Dico quasi tutta perchè in basso ed in dentro un piccolo fiocchetto di tessuto mortificato, aderentissimo, rimase: e dirò fin d'ora quivi poi la Descemeti si perforò e si ebbe una piccola ernia dell'iride. Ma questo a parte; quando la cornea fu pulita, era veramente bella a vedersi. All'intorno del chemosi, ossia in dentro, si vedeva salvato dalla distruzione un orliccio di tessuto cheratico trasparentissimo, tagliato a picco ed alto circa una mezza linea. Più profondamente vedevasi il tessuto dell'iride che traspariva in contatto a quello strato di cornea che rimaneva (Descemeti), e da una parte quella piccola isola di tessuto mortificato che sopra dissi. Questo residuo di cornea però mal sopportava la pressione oculare, e pareva che da un momento all'altro dovesse cedere e rompersi. Conveniva opporvisi; e poichè una fasciatura avrebbe avuti mille inconvenienti, pensai di mettere sull'occhio un sacchettino pieno di semi, e tenerlo lì pari pari, per remuoverlo a mio piacere e senza che il malato dovesse cambiar posizione. La qual posizione, come intendesi, fu la supina; ed il malato (lo si dica fra parentesi) la seppe conservare per due giorni di seguito.

Sotto la medicatura continuata dell'acido fenico e della compressione, le cose andarono innanzi e quanto poteva desiderarsi bene. La superfice della cornea cominciò a farsi

ondulata, lo scalino formato dalla fasciolina periferica ad esser meno visibile: in una parola la cornea entrò in un periodo di riparazione. Ma questa tardava nel punto ove persisteva la piccola porzione di tessuto mortificato; anzi qui cedette e qui si formò la piccola ernia iridea che sopra ho detto. Nel medesimo tempo la secrezione congiuntivale ed il chemasi diminuirono.

Questa riproduzione della cornea procedè rapidamente dalla periferia al centro e così che dopo tre giorni da che era incominciata, vedevasi tutta la vasta mancanza di tessuto come scomparsa e residuata, apparentemente, ad una ombelicatura centrale.

Allora: fatto certo che la cornea fosse capace di sostenere una certa pressione, e me ne assicuravo dal vedere come si gonfiava per una pressione fatta sulla sclerotica, mi parve conveniente di sospendere la compressione esterna e sottoporla invece ad una contraria. Però stabilii la midriasi per mezzo della duboisina, e questa agì assai per dilatarmi la pupilla discretamente e farmi anche un po' diminuire l'ernia dell'iride. Cioè: ebbi i primi segni di un ripristinamento della camera anteriore. A questo punto, il malato, per le sue condizioni di militare e trovandosi allo scadere del suo permesso, dovette rientrare nell'ospedale militare, e la mia osservazione fu troncata a dì 5 gennaio 1880.

Io convengo che per questo, il mio caso perde molta della sua importanza, ma non parmi che la perda tutta. Perchè qualunque sia per essere l'esito finale della malattia, questo fatto noi vi leggiamo chiarissimo, fin da ora. E cioè che senza occuparci di cauterizzare e scarificare la congiuntiva, senza dar mano al famoso ed in generale male impiegato nitrato d'argento, senza aspettare cheil male della cornea, ormai indipendente dalla malattia della congiuntiva che l'aveva eccitato, migliorasse per il miglioramento di questa: ma invece con la pronta separazione del tessuto morto dal vivo, con la

scrupolosa nettezza della parte, abbiamo arrestato un violento processo di distruzione. E questo è chiaro egualmente: che incamminati su questa via vedemmo iniziarsi una sollecita e regolare riproduzione del tessuto. L'acido fenico, la vaselina, la duboisina, la compressione, le fomente calde, non rappresentano nulla di specifico: non sono che i mezzi con i quali ho raggiunto l'indicazione di dissecare facilmente la cornea ammalata, di tenerne pulita la superficie, di impedirne la rottura. Ma, li ho voluti citare perchè a questo riguardo non sono ben certo, e potrebbe essere che il chimismo dei tessuti abbia ricevuto qualche influenza da quello delle sostanze impiegate.

Ripeto che non intendo dirvi di aver guarito il mio infermo. Molta altra cura e altro molto affetto gli saranno ancor necessari.

Quell'ernia dell'iride minacciava già diventare ostacolo all'ulteriore progresso di una cicatrice regolare, ed io aveva pensato di esciderla al più presto possibile fin nella camera anteriore, servendomi di quel modo che ho pubblicato recentemente (1). Quel tessuto nuovo potrà subire delle degenerazioni, delle anomalie di nutrizione, ed a questo sarebbe necessario pensare, adoprando all'uopo dei topici che ne regolino la irritazione nutritiva, schivando con diligenza tutti quelli che, per azione chimica o per meccanica deposizione, possano alterarne la trasparenza. Il malato non è guarito: ma le cose sono giunte al punto che questo caso è già l'esempio il più chiaro della cicatrizzazione trasparente della cornea, e nel tempo stesso della sua più estesa cicatrizzazione. Se il progresso della malattia sarà sfavorevole, non potrà mostrare altro che la neoformazione può arrestarsi ad un dato punto, ed il neotessuto può nuovamente distruggersi.

(1) Vedi *Boll.*, Anno II, pag. 25.

IL BAGNO DI MARE NELLE OTTALMIE SCROFOLOSE

II.

Nella *Gazzetta Medica Italiana* (provincie Venete), è nel Num. del 22 gennajo fu inserita una memoria *Sulla efficacia dei bagni marini nella cura delle ottalmie scrofolose,* per il dottor A. Poli di Chioggia. In questa memoria l'A. intende, come lo dichiara, *emettere una opinione intorno a quanto il dottor Simi riferisce nel* Bollettino d'Oculistica (dicembre 1879).

Il signor Poli si schiera fra gli oppositori alla mia maniera di vedere, con termini che non ammettono equivoci. Infatti dice: *I bagni di mare tutt'altro che essere dannosi nella cura delle ottalmie scrofolose,* come vorrebbe il dottor Simi, *sono anzi utilissimi.* Cita N. 13 casi, tutti favorevoli alla sua tesi: dichiara che ne tralascia molti altri che osservò nei tre anni ne' quali esercitò la medicina, discorre un po' qua e là l'argomento; quasi si sdegna che io la pensi diversamente; mi domanda, a bruciapelo, come si possa *osare* di formulare un dubbio intorno alla utilità del bagno marino nella ottalmia scrofolosa; e conclude che egli non si *smuoverà* dalla sua convinzione, qualunque si sieno le argomentazioni che gli si adducessero in contrario.

Se il dottor Poli, non avesse fatta quest'ultima dichiarazione, avrei potuto provarmi a dire qualche parola per cercare modo di componimento fra le nostre opposte sentenze, inquantochè le conclusioni del mio scritto essendo il prodotto di un certo numero e di un certo modo di osservazioni, io ammetto, anzi voglio, che sieno modificate quando alle osservazioni mie se ne uniscano delle contrarie. Ma se egli per argomentazioni che gli si adducano intende di non *smuoversi, cui bonum* discutere con lui? Mi limiterò a dire al mio onorevole contradittore che la verità non sta mai con

gli intransigenti: che egli provveda da sè al trionfo delle opinioni basate sul triennio del suo esercizio clinico, che gli auguro sempre felice per modo che quando sarà divenuto più che trilustre, gli permetta giudicare delle cose mediche cen altrettanta sicuranza.

Ma io debbo dire ai miei lettori che il chiarissimo direttore del periodico di Padova, avendo con quel fino tatto critico che lo distingue, conosciuto che la risposta fatta al mio scritto dal dottor Poli, portava la chiusura di una discussione importante e non esaurita, ha pubblicato in appendice un lavoro del chiarissimo dottor M. R. Levi, il quale si mette fra il dottor Poli e me, e formula un giudizio temperato, e distribuendo un po' di torto per uno, rifiuta il mio è *assolutamente nocivo*, e non accetta il *costantemente utilissimo*, del dottor Poli mio contradittore.

In questo modo la discussione è, per dir cosi, riaperta; ed il mio argomento che ne forma come l'ordine del giorno, non è seppellito in archivio. E di ciò ringrazio di cuore il chiarissimo dottor Coletti: ed anche perchè in questo modo ho l'onore di discutere col dottor Levi, del quale io, come tutti, riconosco l'alta competenza sull'argomento speciale, e non ignoro quella valentia clinica che lo rende uno dei migliori medici del nostro paese.

Ma col dottor Levi, non credo essere in tanto disaccordo d'opinione, quanto a prima vista parrebbe: anzi forse è al contrario. Infatti ed a buon conto il Levi asserisce che la Direzione dell'Ospizio Marino Veneto prega non gli si mandino fanciulli affetti da ottalmie scrofolose *acute* o *sub-acute*, e quando di tali ne riceve, li sottopone ad una preliminare cura appropriata, ed aspetta che siano *già molto migliorati* prima di esporli al bagno in mare.

Ora apparisce chiaro che quando all'Ospizio Marino Veneto si pratica in questo modo, i direttori del medesimo non ritengono la *cura del mare* quale un medicamento valevole contro la forma oculare acuta della scrofola; e non

solo questo apparisce, ma anche di più: che la ritengono come dannosa.

Dice però il Levi che io ho caricate troppo le tinte nel dipingere i mali che produce il mare alla lesione oculare ed in questo egli può avere, forse, ragione: ma la discrepanza può anche dipendere dal campo diverso, nel quale abbiamo osservato. Egli ha esteso il suo studio a 7000 scrofolosi, che offrivano ogni sorta di manifestazione della loro diatesi: io ho veduto minor numero d'infermi e tutti ammalati per scrofulide oculare. Egli ha raggruppate tutte le sue osservazioni in un decennio, ed io ho dovuto ricercare le mie memorie sparse in un periodo di tempo molto più lungo. E queste sono già due ragioni che possono spiegare la nostra discrepanza, che qui vale come diversità di resultato statistico.

Ma inoltre vi è da considerare che altra cosa è ricercare quei dannosi effetti, dei quali parlo io, in una popolazione che va alla spiaggia del mare e vi si trattiene e ne ritorna senza regola e governo, ed altra è studiarla nella popolazione di un Ospizio come fa il mio contradittore. Per questa popolazione le regole di ovvia ed elementare prudenza medica, il dottor Levi può facilmente metterle in pratica, ma nella clientela privata io non posso farlo: e se ciò mi può dare svantaggio nelle cure, mi lascia d'altra parte osservare gli effetti di quel complesso di cause, che per abbreviazione diciamo *il mare*, genuini e non minorati o corretti con l'arte. E che l'arte a minorare questi effetti possa valere, io ne ho tanta fiducia, che la espressi nel mio scritto alla conclusione 4ª.

E nemmeno è trascurabile nel nostro studio la condizione topografica della spiaggia ove si osserva; ed io non so se la spiaggia Veneta sia interamente uguale a quella Toscana. E poi diversità d'inconvenienti e della loro gravezza può aversi dai mezzi diversi che si debbono impiegare per recarsi dall'abitazione alla spiaggia. E convien pensare alle

molteplici variabili condizioni fisiche di chi si reca a vivere sul mare ed a bagnarsi in questo, non dimenticando le condizioni climatologiche del paese che egli lascia; e tante e tante altre cose, che sarebbe troppo lungo di qui ripetere e non scusabile il dirle al mio egregio contradittore, che certamente le ha studiate prima e meglio di me.

E bisogna anche fare il confronto dell'andamento clinico della scrofola oculare quando si cura sul mare e quando invece si cura entro terra, perchè forse con ciò (molto approssimativo non lo nego) si trova un altro elemento importante al giudizio che ci occupa.

Fatte però queste rispettose osservazioni, ringrazio il dottor Levi dell'aver preso parte a sciogliere i miei dubbi ed accetto il giudizio che sulla cura marina per gli ottalmici scrofolosi esprime con questi termini: « Noi pure siamo d'av- « viso che affidare soltanto alla benefica azione dell'aria e « del bagno di mare la cura delle scrofolidi oculari non con- « venga, ma si debba premettervi ed associarvi la cura « locale secondo le circostanze di persone, di famiglie e l'ur- « genza del caso. » Ed accetto le sue parole perchè mi pare che dicano: l'aria e l'acqua di mare non avere indicazione diretta nelle ottalmie scrofolose: talvolta essere inopportune: tal altra aver bisogno di una cura locale preparatoria (a senso mio correttiva), perchè altrimenti sarebbero nocive.

Le conclusioni che nel mio scritto erano sotto i N. 2, 3, 4, non sono che conseguenza del già discusso, e qui non torna necessario occuparsene.

Ringrazio poi il dottor Levi quando, dando interpretazione al lasciare che io faceva impregiudicata la questione della utilità del mare nelle affezioni scrofolose non oculari, ha voluto intendere che io non nego che il mare giovi agli scrofolosi. Ed è proprio così. Perchè reputo infatti, che il trattenere sul mare i bambini scrofolosi e lì sottoporli ad una buona igiene e ad una buona terapeutica sia un ec-

cellente modo per rendere più facile l'azione utile degli agenti medicinali che ordinariamente s'impiegano. Gli studi fatti da Perrochaud (de Montreuil) all'ospedale di Berck, le osservazioni dei medici dell'*Enfant-Jèsus*, de *Sainte-Eugènie* e degli *Enfants-Assistès*, e prima di quelli e presso di noi gli studi del Barellaj e gli studi del mio stesso onorevole contradittore, e se mi si permette, le osservazioni che io medesimo feci a Viareggio, a Livorno e al Gombo (Pisa) sui bagnanti, non possono lasciar dubbio sulla eccellenza della cura marina per gli scrofolosi. Ma tutti questi studi e queste osservazioni non portano in me la convinzione che l'acqua di mare costituisca modo di cura diretta o specifica della scrofola, e però credo non dover recare scandalo se mi attento a studiare se in qualche periodo del male, od in qualche sua forma, o nella sua peculiare estrinsecazione in un organo speciale, possa riuscire o non utile o dannosa quella che comunemente è cura di utilità indubitabile. Ecco perchè feci le mie riserve, e mi pare giustamente, essendo che fosse necessario che significassi che non parlavo della scrofola come diatesi, nè delle sue manifestazioni che non fossero quelle oculari, e non volevo spingermi al di là della osservazione clinica che mi è più abituale ed affermare o negare cosa senza testimonianza di fatti. S.

RIVISTE

1. Igiene della scuola — (*American Journal*).

L'aumento che il numero dei miopi ha, in questi ultimi anni, subito grandissimo e specialmente fra i bambini de' due sessi che frequentano la scuola, ha indotto molti studiosi a ricercare per quale meccanismo la nostra civilizzazione presente porterebbe un rapido deterioramento negli organi visivi della generazione più giovane; ed i lavori del prof. Cohn di Breslavia (1878 e 1879), ed alcune letture di Riccardo Liebreich hanno

profondamente impressionati coloro pe' quali lo studio dell'igiene delle scuole è un dovere; ed in Francia M. Javal di Parigi e M. Dors di Lione hanno ciascuno per la parte loro studiato il fatto e propostine i rimedi. E siccome alla Esposizione internazionale di Parigi figuravano, come è naturale, modelli di scuole e suppellettili delle medesime ed oggetti scolastici, così gli uomini competenti presero quella occasione per studiarli e fra i lavori che per essi possediamo è da segnalarsi quello del prof. Cohn sopra nominato, che ha per titolo: *L'igiene della scuola all' Esposizione di Parigi del 1878.*

Ora perchè anche i nostri lettori prendano parte allo studio di un argomento tanto importante, riportiamo loro in succinto gli studi fatti da' forestieri, sperando che un po' per volta anco noi possiamo accordare la dovuta attenzione ad un argomento quasi per intero da noi trascurato.

Il prof. Cohn fino dal 1865 incominciò ad ispezionare gli occhi e la vista degli scolari delle classi elementari e trovò queste cifre: sopra 10,060 studenti trovò 1,004 miopi. Nelle sue ispezioni erano comprese scuole di città e scuole di villaggio e scuole di gradi diversi. In ognuna di queste la miopia per altro non aveva le medesime proporzioni. Ne' villaggi gli affetti da miopia erano 1 e 4 per cento, in quelle della città 11 e 4 per cento: con questo di notevole che nelle scuole cittàdine primarie la proporzione era 6 e 7 per cento, nelle scuole di secondo grado 10 e 5 cento, alle scuole normali 19 e 7 per cento, al ginnasio il 26 e 2 per cento e nella prima classe del ginnasio più che mezzi gli scolari erano miopi.

Da queste osservazioni unite ad altre simili fatte da Eresmier di Pietroburgo e da altri osservatori sembra indubitabile che la fatica del leggere e dello scrivere abbia influenza sullo sviluppo della miopia. Non v'ha dubbio che la miopia sia ereditaria e che i figli de' parenti miopi siano predisposti allo sviluppo di questa malattia; di tal che certamente ne soffrono se si espongono a condizioni atte ad ingenerarla in quelli che ne hanno la predisposizione. E per questo noi siamo minacciati di un immenso aumento di miopia, se l'igiene non arriva a trovare precauzioni sufficienti a scongiurare i danni e i cattivi effetti dell'applicazione prolungata. Ed ecco a questo proposito le opinioni di Cohn. In primo luogo la scuola deve avere molta luce, perchè il difetto di questa obbliga gli scolari ad avvicinarsi troppo al libro, per leggere o per scrivere; la luce deve entrare nella atanza in modo che corrisponda al lato sinistro dello studente; l'illuminazione di fronte è più o meno abbagliante ed obbliga gli scolari a piegarsi troppo in avanti, o a storcersi sul banco in posizioni sforzate e faticose. La luce che viene di dietro è sempre insufficiente, perchè è impedita dalla testa e dalle spalle. Le finestre di una scuola debbono essere larghe ed alte

e nella parte sinistra della stanza di talchè la luce vada sopra i tavolini. La luce che viene da una lanterna non è così buona, come quella che deriva dall'illuminazione laterale; i lumi a olio sono preferibili a quelli a gas, ma il gas-luce che viene traverso de' globi di vetro è cattivissima. La inclinazione del tavolino al quale lo scolare si asside per leggere o per scrivere, non è cosa di piccola importanza. I tavolini orizzontali o leggermente inclinati, favoriscono lo sviluppo della miopia perchè obbligano lo scolaro a pendere la testa in avanti. Ed in questa posizione noi abbiamo un disturbo di circolazione; vuolsi dire una passiva congestione al capo ed agli occhi, dal che un aumento della tenzione intraoculare, insensibile forse al suo primo apparire, ma capace di effetti gravissimi, quando si continui a lungo e si ripeta sovente. Quando un fanciullo ha presa questa cattiva abitudine, egli sempre più avvicina il libro, perchè affatica i muscoli del dorso, e finalmente sforzando il suo potere di accomodazione promuove il rapido sviluppo della miopia.

I tavolini della scuola, quando sono adoperati per leggere, debbono essere inclinati a 40, o 45 gradi; le seggiole non debbono essere troppo alte e devono essere fornite di comode spalliere.

I libri scolastici debbono essere di edizione chiara e non troppo minuta, e ciò sempre per non costringere gli scolari a dover guardare troppo da vicino, come disgraziatamente avviene oggi che per le mani dei fanciulli vanno libri stampati su carta cattiva, con inchiostro sbiadito e con caratteri indistinti. Conviene pure riflettere che si traducono in affaticamento dell' organo visivo certe punizioni che si fanno consistere nel privare lo studente dell' ordinaria ricreazione o nel dargli un aumento del compito di scuola.

Riguardo alle finestre, il signor Cohn dopo avere analizzati i diversi modelli di scuola che si trovavano alla Esposizione, reputerebbe necessario che l'area delle finestre stesse a quella del pavimento, nel rapporto di 1 a 1 o per lo meno che ad ogni piede quadrato di pavimento corrispondessero 30 pollici quadrati di finestra.

Sul materiale della scuola si è più specialmente diffuso Liebreich, secondo il quale i difetti del mobiliare della scuola che impediscono una conveniente posizione dell' allievo, donde poi hanno origine l' astenopia, la miopia, e nel tempo stesso la scoliosi sono i seguenti:

1° Mancanza di spalliere o spalliere mal fatte.

2° Troppa distanza fra la panca ed il tavolino.

3° Sproporzione fra l' altezza della panca e quella del piano del tavolino.

4° Difettosa inclinazione del tavolino.

Donde il Liebreich viene alle seguenti conclusioni, che:

1° I tavolini ed i sedili da studio debbono avere un tipo proprio, sia che servano ai bambini o agli adulti, ad un sesso o ad un altro.

2° All'altezza di ogni individuo deve essere proporzionata l'altezza del sedile e del tavolino.

3° L'orlo del tavolino deve essere a perpendicolo a quello del sedile.

4° Ogni sedile deve avere la spalliera che sia un pollice più bassa del tavolino pei maschi e un pollice più alta del tavolino per le femmine.

5° In quelle scuole dove non si può assegnare un posto proprio a ciascuno scolare, l'altezza del sedile deve essere regolata sulla media della statura.

6° In quelle scuole, sia maschili sia femminili, nelle quali ciascuno può avere un posto proprio, il posto di ciascun bambino deve essere esattamente proporzionato alla misura della sua altezza; quanto alla spalliera questa deve essere quasi perpendicolare e disposta in maniera da abbracciare la colonna vertebrale appunto sopra i fianchi dell'allievo. Il sedile deve essere tanto largo da prendere quasi tutta la coscia ed alto così che i piedi si appoggino comodamente sullo sgabello. Il piano del tavolino deve essere modificabile in modo da averlo per la lettura inclinato a 40° o 45° e per lo scrivere a 20°.

Gli studii del Cohn e quelli del Liebreich, ci mostrano come considerino la questione i Tedeschi e gl'Inglesi. In un prossimo numero vedremo che cosa ne dicono gli Svizzeri ed i Francesi.

2. **Midriatici e miotici.** (1) — (*The British Médical Journal,* settembre 1879).

Il dottor Marnoughton Gones così riassume la sua esperienza riguardo all'*eserina, gelsemina, duboisina,* e *policarpina* in una relazione letta all'Associazione Medica Britannica in Cork.

Trova l'autore che l'eserina è d'un uso vantaggioso nelle varie forme d'ulcera corneale, specialmente marginale, con tendenza alla suppurazione; in caso d'ulcerazione con perforazione e prolasso nella incipiente ulcerazione della cornea: nella inflammazione traumatica della cornea e suppurazione della ferita corneale dopo l'estrazione della cateratta: negli stati midriatici, diplopia, astenopia, e disturbi di accomodazione, e negli stati glaucomatosi. L'idrobromato di eserina è stato impiegato parimente

(1) Da quanto si è scritto recentemente e si scrive tutt'ora, prò e contro l'atropina e l'eserina, alcuni pratici che non hanno il benefizio di una osservazione molto estesa, furono portati più tosto alla confusione che ad una opinione precisa. Per questo la Redazione reputa dover ricordare i lavori che seguitano a comparire sui miotici e sui midriaci, anche se debbano ripetersi cose già dette.

con favorevoli resultati. La *gelsemina* è stata usata in soluzione neutra (20 cent. in 28 d'ac.) a scopo diagnostico. La *duboisina* s'è riscontrata utile nella cheratite, ulcera corneale, e nello stato d'infiammazione e dolore dell'occhio.

È stata usata con successo nei casi nei quali si è dovuta lasciare l'atropina per l'irritazione che induceva.

L'azione della duboisina sembra sotto ogni rapporto uguale a quella dell'atropina, però i suoi effetti sono più energici, ed anche più durevoli.

La policarpina non è stata ancora abbastanza usata; i suoi effetti sono meno marcati di quelli dell'atropina. Il dottor Gones stabilisce le seguenti indicazioni, per l'atropina e per l'eserina.

Indicazioni per l'uso dell'atropina.

1° Come narcotico: (*a*) quando la sede del dolore è nelle fibre terminali sottocutanee del trigemello, (*b*) nello spasmo reflesso (fotofobia).

2° Come midriatico: (*a*) come mezzo diagnostico, (*b*) a scopo terapeutico per ottenere la midriasi.

3° Per l'accomodazione: (*a*) come mezzo diagnostico per misurare le anomalie di refrazione, (*b*) a scopo terapeutico nella cura della miopia progressiva dei ragazzi dove v'è spasmo di accomodazione.

Contro-indicazioni dell'atropina.

1° È controindicata in un modo assoluto in tutte quelle malattie nelle quali coesista già uno stato glaucomatoso. Deve usarsi con circospezione nel panno.

2° Relativamente (*a*) all'idiosincrasia individuale, (*b*) quando v'è iniezione congiuntivale e panno, (*c*) nella ciclite con atrofia pupillare e con mollezza del bulbo; occorre inoltre molta cautela nei bambini per la facilità dell'intossicamento.

Indicazioni per la fava di Calabar.

1° Miotico (*a*) nella midriasi naturale e artificiale dopo l'azione dell'atropina, per remuoverla; prima di fare l'iridectomia nel glaucoma; (*b*) per contrarre la pupilla nel caso di ascessi periferici corneali e nelle lesioni dell'iride.

2° A scopo di accomodazione o a mezzo dinamico nei casi di anomalie di adattamento, specialmente nella difterite.

3° Per diminuire la pressione intraoculare. B. D.

3. **Patogenesi della nevrite ottica.** — (*Recueil d'ophthalmologie,* dicembre 1879).

Il dottor Dagunet, passando in rassegna le diverse teorie, intese a spiegare la patogenesi della nevrite ottica, fa alcune osservazioni rilevando, così, l'insufficienza delle medesime. E quanto alla *teoria della nevrite di-*

scendente, oppone che molte volte la nevrite è limitata alla papilla del nervo ottico soltanto, e che per nevrite discendente la si è constatata solo talvolta in pochi casi di meningo-encefalite della base. E quanto alla *teoria della stasi venosa per disturbo della circolazione nei seni cavernosi* per tumori della base del cervello o essudati od altro, fa riflettere che le pareti osteofibrose di questi seni, appunto per la loro natura, sono tutt'altro che facilmente compressibili ma invece molto resistenti; e che oltre di ciò, quand'anche i seni potessero venir compressi e quindi disturbata la circolazione dentro di essi, la vena ottalmica ha tali anastomosi colla vena facciale che ad ogni modo non avverrebbe stasi endoculare. Sicchè neanche la teoria del Graefe può soddisfare. Venendo poi alla teoria della migrazione del liquido cefalo-rachidieno nello spazio sottovaginale (Schmidt, Schwable, Manz), migrazione che avrebbe luogo per compressione endocranica esagerata, l'A. nota che un gran numero d'autopsie restarono mute circa la presenza d'un liquido nello spazio sottovaginale, e che si è osservato talvolta la nevrite risolversi quando appunto il tumore cerebrale, prendendo sviluppo maggiore, avrebbe pur dovuto aumentare l'idropisia della guaina e l'edema della papilla.

Sulla nuova teoria della stasi linfatica di M. Perinaud, secondo il quale la nevrite ottica non si svilupperebbe altro che quando le affezioui intracraniche si complicano coll'idrocefalo, l'A. non si ferma, e quasi augurandole buon successo, egli dichiara di conservare la sua preferenza alla *teoria dei vaso-motori di Benedikt*. Questa teoria, egli seguita, secondo la quale interviene l'azione reflessa, ha il merito d'esser semplice e di sfuggire alle obiezioni, che sollevano le teorie meccaniche; e inoltre come spiegare altrimenti che per azione reflessa l'intermittenza della maggior parte degli accidenti, le vertigini, i fenomeni transitori d'anestesia e d'iperestesia, come le contratture e le convulsioni, sia parziali, sia generali, che possono presentarsi qualunque sia la sede del tumore?

Passa iu ultimo, in appoggio di questa teoria, a raccontare un caso di zona ottalmica con nevrite ottica dal lato corrispondente, mostrando come la nevrite ottica possa riconoscere chiaramente per sua cagione i disturbi vaso-motori e trofici.

4. **Ascesso della sclerotica pericorneale.** — *Clinique ophtalmologique* par le docteur Galezowski (idem).

Il Galezowski narra di due casi di ascesso della sclerotica; quanto al 1° ne era affetta una signora, la quale, per altro, non aveva mai patito di accidenti reumatici, nè sifilitici. Il 1° di settembre del 73 l'occhio destro divenne rosso, e dopo tre giorni si manifestarono dei dolori nevralgici periorbitali violentissimi, specie la notte. Il giorno 10 fu dall'autore con-

stato un ascesso situato sull'orlo della sclerotica, che misurava 6 mm. in lunghezza e 4 in larghezza; pareva superficiale e d'un color biancogiallastro: l'iride sana, la pupilla senza aderenze ma pigra nei suoi movimenti; la tensione dell'occhio normale. Fece applicar otto sanguisughe alla tempia, compresse d'acqua calda per l'occhio, ioduro di potassio per uso interno. I dolori si mitigarono: verso il 20 settembre si manifestò un'ulcerezione dell'ascesso alla sua parte posteriore: tornarono violenti i dolori, e l'ulcera si estese per la cornea per 4 mm. Sull'ulcera della cornea e sull'ulcera scleroticale, praticò allora l'A. un'incisione (era il 7 ottobre). Il giorno dipoi l'ammalata si sentì molto sollevata, diminuì il rossore dell'occhio, e il 30 ottobre era perfettamente guarita.

Il secondo caso è un ascesso pur della sclerotica, accompagnato da irite, sviluppatosi nell'occhio sinistro ad un bambino di 16 mesi. Questo bambino dapprima è preso da rossore a tutta la congiuntiva palpebrale, mentre s'andava risolvendo una bronchite, che gli durava da sei mesi; quel rossore subito si estende alla parte infero-esterna della congiuntiva bulbare; ben presto si generalizza a tutto l'occhio, nel tempo che dalla parte infero-esterna (a qualche millimetro dal bordo della cornea e indietro ove era principiato il rossore) apparisce un punto biancastro, che si riconobbe un ascesso; frattanto cominciava pure l'irite. Si prescrivono instillazioni d'eserina e ammollienti; l'ascesso si riassorbe in parte; cessa la fotofobia; il rossore si dilegua. Di lì a 4 o 5 giorni da questo miglioramento, si vedono tutti i sintomi aggravarsi. Dove è l'ascesso vi viene un'ulcera, che s'estende anche su la cornea; questa si perfora, e l'iride viene a far ernia. Nel medesimo tempo su quest'ernia si sviluppa un piccolo tumore che verso il 18 ottobre avea raggiunto il volume di un pisello, e si riconosce per un tumore sarcomatoso.

5. **Tumore melano-sarcomatoso dell'iride.** — (Dallo stesso giornale, di Galezowski).

Si segnala per la sua rarità un tumore melano-sarcomatoso che si sviluppò nel segmento inferiore dell'iride, all'occhio destro di una signora: quell'occhio era sano in tutte le altre sue parti, come il sinistro, e tutti e due erano emmetropi: e la signora per questo tumore non soffriva altro che di quando in quando, punture simili a quelle d'uno spillo. Si propose l'enucleazione del bulbo, ma essa vi si ricusò.

6. **Ascesso dell'iride.** — (Dallo stesso giornale, di Galezowski).

Come caso raro, e quindi di diagnosi alquanto difficile, il Galezowski riporta un caso di ascesso dell'iride, tanto più che può esser scambiato

con un condiloma o con un tubercolo. Si trattava, dice l'A., d' un ragazzo di 12 anni, gracile e di temperamento linfatico. Quando si presentò alla consultazione erano tre settimane che l' occhio sinistro s' era fatto rosso infiammato, ed era scemata la vista: fu trovato l' occhio iniettato, la cornea infiltrata e quindi torbida e con l' epitelio guasto nella sua parte inferiore e esterna; l' iride sporgente in avanti, scolorata e sfrangiata nel bordo pupillare, a un millimetro del quale, in basso e in fuori, si constatava un tumore biancastro lucente e grosso come una testa di spilla: da quest' occhio il ragazzo ci vedeva appena per contare le dita a un metro di distanza. Era dunque un' irite lenta con formazione d' un ascesso nel parenchima dell' iride stessa. Per cura furono prescritte quattro sanguisughe alla tempia: atropina per istillazioni, e 25 cent. d'ioduro di potassio per giorno. Il 13 giugno si forma un ipopion: verso il 22 agosto l'ipopion è scomparso; l' occhio non è più rosso, la cornea è trasparente, ma la pupilla è coperta d' un essudato: il bordo pupillare è aderente; e la vista è tale da poter esser letto il N. 12. Dopo un anno quell' occhio fu sede di forti dolori: l' iridectomia vi mise fine, e la visione si ristabilì completamente.

7. **Corpo estraneo dell' iride.** — (Dallo stesso giornale).

Attraversando la cornea, verso la sua parte esterna e superiore, un corpo estraneo s' era andato a fissar nell' iride, senza offendere il cristallino. L' autore lo estrasse eseguendo l' iridectomia, che ebbe pure un felicissimo successo. G. D.

8. **Grafoscopio** di Giraud-Tulon. — (*Tribune Médicale*, Gennaio 1880).

È una lente convessa di 56 centimetri di fuoco (due dioptrie) e di larga apertura (10-12 centimetri) disposta parallelamente al piano del leggìo che ne occupa il fuoco. Tale apparecchio sopprime gli sforzi dell' accomodazione e permette la lettura sostenuta. Nel tempo stesso serve per fare il diagnostico fra l' astenopia muscolare che attenua notevolmente e l' astenopia retinica contro la quale non ha alcuna influenza. S.

La nevrotomia ottico-ciliare e l' enucleazione dell' occhio. — Società di Chirurgia in Parigi, Seduta del 17 dicembre 1879, Giraud-Tealor, relatore. (*Gazette des Hôpitaux*).

Le memorie indirizzate alla Società da M. Dianoux (di Nantes) e da M. Abadiè sono volte a sostituire nell'ottalmia simpatica la sezione dei nervi ciliari alla enucleazione dell'occhio L'enucleazione è un atto operatorio grave. Si tentò di sostituirle un altro mezzo d' interrompere la ca-

tena nervosa che comunica la lesione di un occhio all'altro occhio sano. Graefe fu il primo che propose la sezione dei nervi ciliari al di fuori della sclerotica. Constatando la difficoltà di sezionare tutti i nervi ciliari senza toccare i vasi, egli praticò l'incisione della sfera scleroticale sopra un segmento di un centimetro o un centimetro e mezzo. Egli ritornò in seguito al metodo dell'enucleazione che era più sicuro, ma il suo allievo C. Meyer riprese la nevrotomia ciliare. Sull'efficacia di questa operazione rimangono ancora dei dubbi. Se il gruppo ciliare fosse con certezza la sola via per la quale si trasmette l'irritazione simpatica, la nevrotomia ciliare sarebbe bene indicata; ma molti autori, fra i quali Mackenzie, (ed io sono della sua opinione) stimano che l'irritazione parta in certi casi dallo stesso nervo ottico. Convien dunque togliere le comunicazioni ottiche al pari delle ciliari.

La tesi di M. Redard, allievo di M. Abadiè, ci ha dato la storia della quistione. Prima fase: idea di Graefe, che seziona uno spazio limitatissimo. Seconda fase: sezione dei nervi dove penetrano nel globo oculare. Terza fase: divisione simultanea dei nervi ciliari e del nervo ottico.

Quanto ai processi operatorii: M. Dianoux fa la sezione fra il muscolo retto esterno e il retto superiore, poi incide il nervo ottico servendosi del dito mignolo come conduttore dello strumento. In quattro casi vi è stato strabismo divergente, lo che fa supporre che il muscolo abbia dovuto essere intaccato. Abadiè si procura maggiore spazio sezionando il muscolo retto esterno che di poi riunisce con la sutura.

I resultati generali ottenuti dagli altri, sono l'insensibilità completa nel globo. Nei 18 casi di M. Abadiè, più nei 4 casi di M. Dianoux, più in altre 17 osservazioni note, l'infiammazione è moderata, la sensibilità della cornea è distrutta, ma la nozione del tatto si conserva. La congiuntiva rimane sensibile nelle sezioni incomplete, l'insensibilità della cornea è limitata ai segmenti corrispondenti. L'iride conserva la sua sensibilità. La tensione diminuisce e il globo oculare non è più doloroso. La cornea non perde la sua trasparenza. Ecco i resultati favorevoli. Quanto ai resultati sfavorevoli citiamo lo strabismo divergente che è difficile evitare a cagione della vicinanza del muscolo retto interno e del nervo ottico; nella enucleazione siamo sovente obbligati a dare due o tre colpi di forbici prima di incidere il nervo onde sbarazzarci di questo muscolo retto interno. M. Abadiè ha pure un caso di strabismo definitivo, malgrado la maggiore estensione dell'apertura. Fra gli accidenti troviamo emorragie secondarie, fusione purulenta, ecc. Citiamo ancora le emorragie immediate le quali producono l'esorbitismo, l'insensibilità della cornea e le ulcerazioni e suppurazioni consecutive.

Gli Autori concludono che l'operazione è poco grave, che il globo oculare conserva la sua nutrizione, la sua forma, la sua trasparenza e i suoi movimenti; infine che l'enervazione sopprime i dolori e le azioni riflesse che costituiscono l'ottalmia simpatica. Esaminiamo ciascuna di queste conclusioni: bisogna ammettere che il globo conservi nella maggior parte dei casi una vita vegetativa sufficiente; oltre la corona dei nervi ciliari vi sono tre o quattro filetti derivanti dal ramo ottalmico, i quali possono continuare la nutrizione dell'organo e conservare la sensibilità all'iride, alla congiuntiva *(rami ciliares longi)*. Sono però troppo poco numerosi. Infine la fisiologia non ha ancora detto in proposito la sua ultima parola; le cellule nervose della coroide potrebbero avere qualche influenza? Ammetto ancora la scomparsa dei fenomeni locali dolorosi, ma è forse questa una garanzia contro una recidiva di ottalmia simpatica? la simpatia è forse interrotta completamente fra le due corone ciliari? Noto che resta sempre simpatía fra le due iridi. Se si hanno dunque probabilità favorevoli, non si ha garanzia assoluta contro le minacce di recidiva. Non si fa che aggiornare l'enucleazione. Quanto a chiamar facile questa operazione, diciamo piuttosto il contrario. Spesso le incisioni riescono incomplete o esagerate, si hanno emorragie del fondo dell'orbita seguite da cheratiti ulcerose, minacce di flemone, ecc. Sopra 30 osservazioni autentiche vi sono 5 insuccessi gravissimi.

L'enucleazione al contrario ha resultati soddisfacenti e conseguenze così semplici da doversi preferire una mutilazione più grande a quella operazione che accresce i pericoli: se si rimprovera l'immobilità quasi assoluta degli apparecchi protetici non è che una questione di estetica. Nei giovani bisogna, è vero, evitare l'enucleazione onde non impedire il regolare sviluppo del viso. Ma in fin dei conti parmi si debba mantenere la precedenza alla enucleazione in ragione della sua facilità di esecuzione, dell'assenza di complicanze e della sicurezza per l'avvenire. Nondimeno è giustizia lo incoraggiare i tentativi razionali intrapresi dagli Autori, poichè potranno pure avere speciali indicazioni.

M. Després. — Io credo che l'operazione della enervazione non sia una buona operazione, perchè è male regolata. Vuolsi tagliare il N. O. ed i nervi ciliari, ma non vi è sicurezza di farlo completamente, e si faranno sempre de' guasti o nei muscoli o ne' nervi. L'O. S. dipende, in generale, da una alterazione della cornea o del cerchio ciliare: io preferisco l'ablazione di questo cerchio ciliare. Feci, l'anno decorso, questa operazione, che consiste nella incisione della cornea e la resezione della cornea e della sclerotica; i miei malati sono guariti dopo la suppurazione dell'occhio che si vuota di tutto ciò che contiene. Il moncone resta ben conformato per ricevere un occhio artificiale.

M. Perrin. — L'escisione della metà anteriore dell'occhio non è operazione da raccomandare: spesso dà recidiva, cicatrice cistoide, stafiloma anteriore, ecc. ecc. Quanto alla nevrotomia: è una operazione originalissima, che sembra autorizzata dalla fisiologia. Ma qual progresso realizza? Un piccolo vantaggio estetico! Per accettarla bisognerebbe che non producesse che degli accidenti locali e benigni. Si può praticare senza ledere i muscoli, ma tutti i nervi ciliari saranno tagliati? Io ne dubito, perchè in questo caso io non intendo come l'occhio potesse durare in vita. E poi, bisognerebbe osservare i malati per un tempo più lungo. Io mi rimango dunque partigiano della enucleazione, la quale è operazione semplice che non espone ad accidenti, e i guasti prodotti dalla quale sono in gran parte palliati con la protesi.

M. Verneuil. — Le osservazioni di M. Redard sono troppo sommarie e non abbastanza precise per detronizzare una operazione antica che ha fatte le sue prove. L'enervazione, ammettendo anche che sia facile, non diventerà mai un metodo generale; vi sono delle ottalmie simpatiche tardive nelle quali si hanno delle alterazioni delle tuniche oculari, tanto profonde che esigeranno sempre l'enucleazione. E ne' casi recenti, perchè si abbandonerebbe la terapeutica non operatoria, la cura interna? Non credo che bisogni enucleare ogni occhio preso *(che suscita)* da ottalmia simpatica; alcuni malati rifiutano l'operazione e guariscono. Io ho proposta la enucleazione 5 o 6 volte ad una ragazza che aveva avuto una ferita della cornea; essa rifiutò e guarì della sua ottalmia simpatica con l'arsenico ed il solfato di chinina. Un altro de' miei ammalati che aveva subìta l'enucleazione d'un occhio, fu assalito nell'anno dopo da dolori analoghi a quelli della sua prima O. S.; io stava per praticargli una iridectomia, ma prima tentai di dargli 1 grammo di chinina al mezzogiorno e 50 centigrammi alla sera; il giorno dopo feci lo stesso: ed in due giorni il malato stava meglio. Io risparmio spesso nel mio servizio clinico le iridectomie per accidenti simpatici recenti, con 2 grammi di solfato di chinina. Mackenzie dice che non vi è alcuna medicatura interna che riesca; ma intanto egli, ha veduto un caso di guarigione col solfato di chinina. Io ammetto bensì le operazioni, la enucleazione, ecc.: ma io vorrei che si provasse un po' la medicatura interna. Per i casi antichi di simpatia, io preferisco la enucleazione alla enervazione.

M. Trélet. — L'operazione di Critchett, preconizzata da M. Després, è inferiore alla enucleazione: i monconi aggrinziti doventano dolorosi e portano recidive.

Ciò che è difficile in questi casi, si è di conoscere se si tratta di una ottalmia simpatica, o semplicemente di nevralgia. I dolori circumorbitari sono i medesimi. Se si riesce con il solfato di chinina, vuol dire che si

trattava di emicrania o di nevralgia. Il diagnostico dell'O. S. incipiente è sempre difficile: ma val meglio operar presto e togliere inutilmente 10 globi oculari (del resto perduti ed inutili) che lasciar perdere per O. S. un solo occhio sano.

NOTIZIE

Il Governo federale svizzero ha proposto al Governo italiano il reciproco riconoscimento dei diplomi in medicina e chirurgia e la designazione di due Università italiane ove possano laurearsi in medicina i giovani svizzeri del Cantone Ticino.

(Dalla *Vedetta*).

— Il 12 gennaio fu aperta in Parma la Clinica oculistica nei nuovi locali preparati dal Consorzio universitario. Il prof. Ponti vi lesse un discorso che fu molto applaudito. (Dal *Presente*).

— Il Congresso ottalmologico internazionale dell'anno corrente avrà luogo in Milano contemporaneamente, e forse anche in unione, a quello della Società ottalmologica italiana. (*Ann. d'oculistica*).

— Il Ministro della pubblica istruzione ha incaricato il dottor Saluzzo di fare una visita igienica a tutte le Scuole elementari del Regno. È una saggia e lodevole disposizione, e della quale era sentito il bisogno. Nel numero precedente del *Bollettino* ne avevamo fatto cenno. (*Raccoglitore medico*).

— La filantropica Società Tommasèo per il patronato e l'incoraggiamento alla istruzione de' ciechi ha inviato ai Sindaci d'Italia una modula per raccogliere le notizie statistiche necessarie per il governo dell'Associazione e specialmente per proporzionare i suoi sforzi ai bisogni esistenti. (Dal *Mentore de' Ciechi*).

N. B. La Direzione del *Bollettino* ne dà notizia ai suoi lettori e colleghi perchè essi vogliano, se richiesti dai Sindaci od anche officiosamente, cooperare a che questa specie di censimento riesca prontamente e nel modo il più accurato possibile.

— L'Amministrazione dello Spedale di Livorno ha, con provvido consiglio, istituito un servizio speciale per i malati d'occhi, affidandone la direzione all'egregio dottore Virgilio Santarnecchi.

Il 15 dicembre dell'anno scorso morì in Roma il prof. Francesco Boll. Aveva 30 anni. Si era reso celebre in tutta Europa per la sua bella scoperta sul rosso retinico.

RECENTI PUBBLICAZIONI

GOWERS. — *Manual and atlas of medical ophthalmoscopy.* — London, Z. et N. Churchill, New Borlington Street, 1879.

WALKE G. E. — *Essay in Ophthalmology.*
Archiv. f. Ophthal., 1879, 2 Abth.

MÉJASSON H. — *Des blessures de la cornée.*

FRIBOURY. — *De l'emploi de la suture dans le traitement des plaies penetrantes de la sclerotique.*

RAYMOND C. — *Osservazione sulle oftalmie nelle scuole municipali di Torino.*

DE WECKER e LANDOLT. — *Traité complet d'ophthalmologie.* — Tom. I, 2ª parte.

VAGNAT. — *De la kératite suppurative* (*Thèse*).

RIGACCINI G. B. — *Igiene dei bambini sani e malati.* — Siena, presso l'autore. Lire 4,50.

Quantunque non sia questo un libro per la biblioteca oculistica, lo notiamo perchè è siffatto da tornare utile ai medici tutti.

BUSINELLI F. — *Nuovo processo di blefaroplastica ideato e felicemente eseguito nella Clinica oculistica della R. Università di Roma.* — Milano, 1879.

RAVÀ G. — *Spasmo acuto dell'accomodazione, consecutivo a nevralgia del trigemino.* — Milano, 1879.

FERRETTI GISBERTO. — *Profilassi della pellagra.* — Modena, 1880.

GRAZZI V. — *L'Otorrea. Cause, effetti e terapia.* Lavoro gratificato dal R. Collégio medico di Firenze. — Milano, 1880.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1879 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

CURA DELLA CATERATTA SECONDARIA

(Casi pratici).

L' espressione *cateratta secondaria* non significa altro che opacità del campo pupillare avvenuta dopo l'operazione chirurgica che tolse quella prima esistente per malattia dell'apparecchio lenticolare, e per ciò ha un valore tanto variabile quanto variata può essere la natura di dette opacità secondarie, e quanto diversi i rapporti con le parti circostanti.

Il più di sovente la cateratta secondaria è costituita dall' addensarsi che fanno nel campo pupillare, alcuni resti della lente parzialmente estratta, e questi, o soli, oppure unitamente ai lembi della capsula che non fu dall'operatore aperta, tanto che bastasse, onde i lembi retraendosi si nascondessero dietro l'iride. Talvolta sono i lacerti stessi della capsula resi opachi dalla deposizione di materiali otticamente eterogenei, e talvolta può consistere nella opacità della capsula posteriore coesistente con quella delle masse cristalline. In questo ultimo caso avviene che l'operatore, se non avvertito in tempo per determinarsi ad una operazione speciale, non giunge a sbarazzare il campo pupillare per quanto si adoperi con industria.

Ma la medesima espressione comprende anche le opacità che si formano nella pupilla e dietro l'iride, come resultato e prodotto di processo flogistico.

Aggiungi che tutte queste cateratte secondarie, se si osservano a diverso periodo di tempo, offrono dei cambiamenti, in ragione delle metamorfosi, che avvengono nel tessuto che le forma, le quali possono arrivare al punto da avere una importanza clinica differentissima.

Ma quasi tanta varietà di casi possibili non bastasse ad ingombrare l' argomento, e renderlo uno dei difficilissimi

nella pratica oculistica, abbiamo nuova sorgente di differenze nella diversa accidentalità dei casi. E con ciò voglio dire che le cateratte secondarie, anche eguali per natura, pur sono diverse, perchè occludono la pupilla parzialmente od in totalità, perchè hanno spessezza considerevole o sono sottili, perchè sono continue o bucherellate, perchè hanno aderenze con l'iride e no, o perchè hanno tale aderenza o molto tenace o poco, o totale o parziale.

Nè basta l'enumerazione di queste condizioni della cateratta secondaria per dir tutte le ragioni che ci costringono a modificare gli atti operatorj con i quali le vogliamo dissipare. Conviene anche aver riguardo alle condizioni dell'occhio che deve sopportare l'operazione, perchè non possiamo trattare con eguale confidenza l'occhio che sofferse poco per la prima operazione e quello che per questa fu in preda ad un processo flogistico più o meno intenso e lungo. E dobbiamo considerare egualmente il metodo di operazione che fu impiegato contro la cateratta primitiva, e se il cerchio pupillare fu conservato intero, oppure fu aperto più o meno largamente.

Da tutto questo ne traggo la conseguenza che le cateratte secondarie non si possono studiare in complesso e conviene esaminarle caso per caso, e che non permettono operazioni di metodo, ma, osservate certe regole dell'arte, ad ogni caso deve adottarsi una cura speciale.

E per questo pensare, io mi accingo allo studio dell'argomento raccontando la istoria di qualche caso che mi si offerse recentemente alla osservazione, ed incomincio da una che mi sembrò richiedere la capsulotomia e la iridotomia fatte col metodo del prof. Gradenigo.

Nell'estate decorsa presentavasi alla mia medicheria Giuseppa X. . . . . . di Pisa, sulla quale era stata eseguita l'estrazione di una cateratta *semi-dura* dall'occhio destro. L'occhio sinistro aveva la cateratta incipiente. Alla prima inspezione vedevasi che l'operatore aveva eseguita

in alto l'estrazione col taglio lineare modificato; ed avevala eseguita senza che l'operazione fosse disturbata da alcuno di quegli accidenti che lasciano traccie nelle cicatrici consecutive, che producono danni cheratici ecc. ecc. Vedevasi però che il campo pupillare, quale era costituito dalla normale apertura iridea e dal coloboma pràticato dal chirurgo, era offuscato da un materiale bianchiccio, che per le sue apparenze e per essere contenuto nella residua capsula cristallina, appariva un resto della lente ivi lasciato o per poca cura usata dall'operatore nella esecuzione dell'ultimo tempo, o forse anche perchè essendosi accinto ad estrarre una lente non completamente opacata, non aveva nel metodo operatorio prescelto quello più adatto a fargli evitare queste conseguenze. I lembi del coloboma e l'orlo pupillare aderivano completamente e tenacemente a questa sostanza, tantochè il tessuto dell'iride era alla medesima tenuto obbligato e non risentiva per nulla l'azione dei midriaci. La porzione di cateratta che corrispondeva al coloboma era molto densa e tranne all'angolo superiore del medesimo era completa. La pupilla era piccolissima ed un po' attratta in alto, onde parzialmente veniva coperta dalla palpebra superiore, e l'opacità, che le corrispondeva, era più sottile che altrove, con piccolissime smagliature, le quali davano luogo ad intenso disturbo visivo. Talchè la donna attraverso di questa opacità un po' di visione l'aveva, ed era in caso di vedere una fiaccola e di distinguere anche una mano, ma, per le smagliature suddette, soffriva di diplopia, che l'offendeva assai e le produceva stanchezza, fotofobia, ecc.

Erano già corsi più mesi dal tempo della operazione, e le condizioni dell'occhio non permettevano la speranza che l'opacità potesse dissiparsi, giacchè era ormai spento quel processo, dal quale ripetiamo la dissoluzione ed il consecutivo riassorbimento materiale che lo costituiva. Ma conviene si noti che poco dopo l'operazione l'occhio era stato molto in-

flammato. Era stata fatta forza di terapeutica, e si erano impiegati molti sussidj antiflogistici e mezzi atti a diminuire le tristi influenze delle masse cristalline rimaste nel tratto corneale. E ciò come da una parte toglieva qual dissi sopra, la speranza di uno spontaneo dissiparsi della opacità, dall'altro ci faceva un dovere di trattare l'occhio della nostra paziente con molti riguardi, vista la facilità del riaccendersi la flogosi nei tessuti che altra volta ne subirono il processo.

Ora, qual'era, date queste circostanze, il partito più conveniente cui appigliarsi per riabilitare simile occhio alla sua funzione?

In primo luogo poteva venire in mente di praticare con una seconda operazione l'estrazione del materiale opaco, lasciato in sito con la prima. Ma il metodo della estrazione studiato in sè, e nei singoli processi nei quali può scindersi, non faceva al caso. E dico il metodo così in generale, perchè non sorgevano obiezioni da fare sul modo peculiare di eseguire l'operazione, ma perchè disconvenivano a quell'occhio i fatti essenziali della operazione stessa, od i momenti necessarî del metodo. Ed infatti qualunque processo si adoperasse, conveniva impiegare una trazione capace di distaccare la cateratta dalle sue aderenze, e siccome quella non poteva essere piccola perchè erano valide ed estese, ci potevamo trovare nel caso di produrre delle lacerazioni dell'iride, forse di distaccarla dalle sue aderenze al cerchio ciliare, o per lo meno sottoporla ad un traumantismo capace di accendere un pericoloso processo flogistico. Di più, siccome l'operazione non si sarebbe potuta fare che in alto, si rischiava di elevare ancora la già troppo alta pupilla, senza speranza in niun caso di ottenere l'effetto contrario.

Forse poteva convenir meglio di praticare una pupilla artificiale, strappando un po' d'iride in qualche punto della sua semicirconferenza inferiore? Evidentemente ci si espo-

neva al pericolo di trovare estesa la cateratta anche rimpetto alla nuova pupilla. Ed in mancanza di resultati dell'esame diretto non poteva appagarci la presunzione che quando la cateratta secondaria è formata dalle masse corticali del cristallino rimaste nella camera posteriore, debba aversi sempre minore quanto più ci allontaniamo dal luogo dal quale fu fatto uscire il cristallino. E poi la irregolarità della nuova pupilla fatta per strappamento non doveva contarsi per inconveniente di molto valore?

Non mi arresto a dire che non conveniva una descisione, perchè questa può giovare soltanto nelle lievissime opacità retro-pupillari. Nè meglio poteva convenire la dilacerazione praticata con due aghi alla maniera del Bowman, perchè se per tal modo si acquistava forza per rompere la cateratta troppo densa, dall'altro non si aveva nessuna azione sulla apertura pupillare: e già dissi che questa era piccola e tratta all'insù.

Parve che convenisse nel tempo stesso aprire una breccia nella opacità che occupava il campo pupillare, ed estenderla anche al tessuto irideo, in basso, per prolungare da questa parte l'apertura d'ingresso ai raggi luminosi. Conveniva cioè quella operazione che col Wecker può dirsi *Capsulotomia combinata*. Ed in questo modo facendo, ne appariva fossero per derivarne tutti i migliori vantaggi. Si eseguiva una operazione facile, non si riapriva la via alla luce attraverso il largo coloboma superiore: non si praticavano strappamenti, nè stirature sull'iride; si aveva una pupilla artificiale centrale, attraverso la cateratta e l'iride, e simile pupilla si sarebbe sempre più allargata per il divaricamento della sua porzione iridea.

E per condurre ad effetto tale operazione, parve che meritasse la preferenza il metodo del prof. Gradenigo, e questo praticai nel modo seguente.

(Continua). S.

RIVISTE

1. **Simpatie oculari.** (*Giornale di* Galezowski).

Il Dott. Cuignet piglia, in questo suo lavoro, a considerare se oltre lo sviluppo di fenomeni reflessi, o, come si suol dire, simpatici, da un occhio malato a un occhio sano, altri pur ce ne siano del medesimo ordine, sia fisiologici, sia patologici. E trova che di questi fenomeni, e, come egli gli chiama in modo generico, simpatie oculari, ve ne hanno non solo da occhio a occhio, ma in uno stesso occhio, più dall'occhio sopra altri organi, e da altri organi sopra l'occhio; e forma così un quadro:

1° Simpatie reciproche, o allelosimpatie;
2° Simpatie proprie, o idiosimpatie;
3° Simpatie dell'occhio su altri organi;
4° Simpatie d'altri organi su l'occhio.

Le simpatie reciproche le divide in due specie, quella che comprende i disturbi simpatici, e quella che comprende le affezioni del medesimo genere. Quindi di ciascuna specie reca molti esempi per mostrare e l'evidenza e l'importanza della sua sintesi come della sua analisi nel caso presente: solo quanto alla prima specie passa oltre, poichè, come egli osserva, sarebbe ozioso. E venendo alla 2ª, alle idiosimpatie, fa notare che tale appunto è il fatto della *lacrimazione* nella irite, nella cheratite, nella blefarite; la lacrimazione è un fenomeno di azion reflessa, e non v'ha dubbio; è di questa natura pure la *fotofobia*, le *fotopsie* e certi *disturbi* stessi *di accomodazione*. Come esempj della 3ª specie reca i fatti seguenti: 1° la diffusione dei dolori dall'occhio malato a tutte le branche del 5° paio e anche all'occipitale: dai filetti ciliari la nevropatia passa attraverso il nervo ottalmico, fino al ganglio del trigemello, e di qui si estende alle altre branche, fino alle loro estremità; 2° *la diffusione dei dolori dall'occhio al grosso ramo occipitale del medesimo lato* nei casi di coroidite, di glaucoma, d'irite; 3° *la cefalalgia* che accusano taluni attaccati da un'affezione cronica degli occhi, come granulazioni, o congiuntiviti da ostruzione delle vie lacrimali. E come esempj della 4ª specie riferisce *i disturbi della dentizione, della digestione, del parto*, i quali, è verissimo, bene spesso esercitano sull'organo della visione tali influenze, da dar luogo a disturbi eventuali, ed anche a stati patologici del medesimo; e inoltre le affezioni gastro-intestinali; la gravidanza; e questi esempj egli illustra con casi pratici, o suoi proprj, o d'altrui.

2. Neurotomia ottico-ciliare in un caso di irido-coroidite antica, dolorosa, con accidenti simpatici dell' altr' occhio. (Dallo stesso giornale).

Il Dott. Mengin riporta questo caso, facendo rilevare la sua duplice importanza, importanza dal lato della meccanica operatoria, perchè offre della novità, non senza vantaggi, e importanza pel caso speciale in cui l'operazione venne eseguita, cioè in sostituzione della enucleazione del globo oculare. — Trattavasi d'una signora di 54 anni: traccia brevemente la sua storia anamnestica, e riferisce, tra l'altre cose, che cinque mesi indietro le erano sopraggiunti vivi dolori all'occhio sinistro, che le ritornavano ad accessi irregolari, ma così acerbi da non farle mai gustare un istante di riposo: da quell'occhio finì per acciecare: però i dolori non cessavano mai di tormentarla, non solo da quell'occhio, ma cominciarono a manifestarsi anche a destra con abbondante lacrimazione; e la luce del giorno e quella degli ordinari lumi da notte gli risvegliavano così atroci, che ella era obbligata sempre di farsi schermo colle mani, o con un libro, od altro. Ridotta a tale, s'era presentata al suddetto dottore: questi propose la neurotomia: essa l'accettò e venne così eseguita: aperta la congiuntiva con un' incisione verticale, piccola, al lato esterno della cornea dell'occhio sinistro, e legato il tendine del retto esterno con un filo munito d' aghi a' suoi capi, e dissecatane la sua inserzione alla sclerotica, vennero passati gli aghi e quindi i fili nel lembo esterno della congiuntiva; afferrata quindi, colla pinzetta a fissazione, la sclerotica, vennero introdotte le cesoie curve tra muscolo e sclerotica fino al nervo ottico, il quale, insieme col fascio degli altri nervi, compreso fra le branche delle cesoie, venne d'un sol colpo reciso: ritirate le cesoie; si passarono gli aghi nel lembo interno, o corneale della congiuntiva, ivi si annodarono, chiudendo così la ferita, e opponendo una barriera all'emorragia. Questa operazione fu seguita da felice successo, perchè i disturbi all'occhio destro, nonchè al sinistro, cessarono per incanto; e dopo 10 giorni l'ammalata potè riprendere le sue occupazioni, protetto l'occhio operato da un semplice strato di ovatta. Questa neurotomia, dice l'Autore, non arrestò certamente un' ottalmia simpatica in corso, poichè l'occhio destro, tranne gli accennati disturbi, era sanissimo; ma perchè anche nei casi di questa affezione non sarebbe da praticarsi in sostituzione alla enucleazione del globo oculare? E promette, quanto a lui, di farlo, e di rendercene poi informati. Io non ho nulla che ridire quando l'occhio da operarsi, non ha perduto punto, o poco, delle sue forme esteriori, non così quand' ei fosse ridotto atrofico o deformato per modo che mi mancasse per conservarlo anche una ragione estetica.

3. **Astenopia: dolori periorbitarj irradiantisi alla fronte e all'orecchio, consecutivi a una periostite alveolo-dentaria del dente del giudizio.** (Dallo stesso giornale).

Lo stesso Mengin narra che una signora soffriva da sei mesi di dolori nevralgici alla tempia sinistra, e alla fronte da quel lato, i quali si irradiavano fino all'orecchio, e che nel tempo stesso l'occhio sinistro era doloroso, ma per tutto egualmente; e l'ammalata non poteva più servirsi della sua vista, quantunque buona: che ben poteva mettersi al suo lavoro, leggere, o cucire, ma dopo poco bisognava smettesse. Esaminato l'occhio e dentro e fuori, fu trovato in condizioni normali sotto ogni rapporto. Si pensò allora, dice l'Autore, a una lesione dell'apparecchio dentario; i denti furono trovati sani, eccettuati tre, il secondo piccolo molare, il primo grosso molare e il dente del giudizio appunto del lato sinistro della mascella superiore, i quali erano affetti da carie profonda, con distensione della polpa dentaria: però erano affatto indolenti, anche alla percussione; e la signora diceva d'aver sofferto sì di questi denti, ma erano già degli anni. Consigliata a sbarazzarsene, si lasciò levare i primi due, ma i dolori seguitarono nello stesso modo; si lasciò levare allora anche l'ultimo, e la neuropatia si dileguò completamente.

4. **Ascesso della caruncola lacrimale.** — *Guarigione.* (Dallo stesso giornale).

Ci piace qui di segnalare, per la sua rarità, un caso di ascesso della caruncola lacrimale, che senza causa nota, si manifestò in un individuo di 38 anni, osservato dal Galezowski nella sua clinica. All'angolo interno l'occhio avea cominciato per farsi rosso, gonfio, edematoso, e esser sede di dolori lancinanti: poi, per un'apertura spontanea, sgorgò del pus; e allora cessarono i dolori, l'inflammazione diminuì; e in capo a tredici giorni non rimaneva che una leggera congiuntivite.

5. **Paralisi di tutti i muscoli dell'occhio e del 5° paio.** (Dallo stesso giornale).

È questa un'osservazione del Dott. Despagnet, la quale è importante, come egli ben dice, per la simultaneità della paralisi dei nervi motori dell'occhio, e dei nervi sensitivi. Trattavasi d'un tale che, nel dicembre del 1874, era stato affetto da febbre tifoide a forma adinamica, con enterorragia e fenomeni di meningite cerebrale: di sifilide non aveva mai sofferto. Dopo otto mesi da quella febbre s'era ristabilito in perfetta salute, e avea riprese le sue occupazioni, quando, nel dicembre del 1875, torna di nuovo in campo una violenta cefalalgia, e comincia a guardar

torto dall'occhio sinistro; si stabilisce a poco a poco uno strabismo interno paralitico (paralisi del 5° paio): nel 1876, otto mesi dopo, tutta la metà sinistra della faccia diviene paralitica: anestesia alla pelle, delle muccose nasale, buccale e della metà sinistra della lingua, e perdita del gusto; l'orecchio sinistro finisce per divenir sordo: un ascesso della cornea sinistra, nell'anno seguente vi determina un vasto leucoma, la cefalalgia cresce d'intensità, poi d'accessuale diventa continua: anche i movimenti in alto, in basso e in dentro dell'occhio sinistro, i quali si eran conservati, spariscono, l'occhio rimane affatto immobile, e la palpebra superiore cade essa pure paralizzata e lo ricuopre. Il malato era in tale stato quando si presentò alle consultazioni del signor Despagnet. Questi, oltre le diverse paralisi, constatò il leucoma, l'aderenza totale dell'iride al medesimo, e l'abolizione completa della vista. Nell'altra metà della faccia, e specialmente nell'occhio, constatò essere tutta in condizioni fisiologiche. Non emette neanche nessuna ipotesi sulla causa del male; e ne lascerò anch'io la libertà ai nostri lettori. Solo egli da ultimo aggiunge le prescrizioni terapeutiche che fece in questo caso; le seguenti:

Protoioduro di mercurio. . . .	grammi	3
Estratto tebaico	»	3

60 pillole; una il giorno, e la seguente pozione:

Ioduro di potassio	grammi	15
Sciroppo di genziana	»	250

un cucchiaio al giorno; e inoltre 6 vessicanti dietro l'orecchio sinistro e alla nuca, e frizioni mercuriali alle diverse giunture, alla dose di 4 grammi al giorno.

6. **Coloboma congenito del nervo ottico con conservazione dell'acutezza visiva normale.** (Dallo stesso giornale).

È questa un'osservazione dello stesso Galezowski. Egli constatò, con maraviglia, un coloboma della pupilla dell'occhio sinistro nel fare l'esame ottalmoscopico in una signora di 39 anni, venuta, il 24 settembre 1879, a consultarlo per una lacrimazione dello stesso occhio, che la molestava di molto. Si segnala questo caso, perchè non se ne conoscono, fin'ora, che rari esempi, specialmente di coloboma limitato al nervo ottico, senza cioè che il medesimo vizio di conformazione si manifesti in pari tempo per altre membrane dell'occhio.

7. **Delle cisti trasparenti delle palpebre, credute a torto dagli autori cisti sudoripare.** (Dallo stesso giornale).

Il Dott. Ivert, in questo suo lavoro, si propone di dimostrare che que-

ste cisti hanno origine dai follicoli sebacei, non dalle glandule sudoripare. Da prima traccia brevemente la storia delle medesime. Mostra quanta confusione sia regnata fin' ora su questo argomento, come attesta la diversità dei nomi, con cui vennero, secondo i vari autori, designate. Demours le denomina idatidi del bordo palpebrale; Velpeau, flittene delle palpebre; Sichel, cisti sierose, miglio trasparente; Thomas, Pujo, Follin, Verneuil, cisti sudoripare; Vecker, cisti trasparenti semplicemente; la quale ultima denominazione adotta pure Ivert, siccome quella che, per essere così generica, ingenera men confusione.

Passando poi a dire della frequenza, e della etiologìa di queste cisti, riferisce che Verneuil in 30 anni di esercizio non ne ha constatato che 2 soli casi, e che alla Clinica di Galezowski su 7 o 8,000 malati non si videro che 4 esempi; lo che dimostra quanto siano rare. Quanto alla etiologìa, è oscura di molto Quanto però all' influenza delle condizioni generali, costituzionali, o diatesiche, l'Autore ha da notare lo sviluppo simultaneo delle piccole cisti trasparenti sul bordo delle palpebre e di un acne sebaceo molto pronunziato del viso in un soggetto osservato dal Dott. Thomas: e ciò riporta come argomento che sta ad appoggiare la sua credenza sull'origine delle cisti trasparenti, cioè dai follicoli sebacei, che per l'appunto si trovano abbondanti sulle palpebre e sul bordo libero delle medesime.

Ma, lasciando egli da parte per ora l'anatomia patologica, passa alla sintomatologia, che si può riassumere come appresso: 1° trasparenza delle cisti, che è maggiore o minore secondo lo spessore della capsula fibrosa: 2° superficie liscia, ma qualche volta ineguale per lo sviluppo di più cisti secondarie: 3° volume vario da quello di una testa di spillo a quello di una fava; in media quello d'un grano di panico: 4° di forma sferoidale, se piccole; se grosse, faccettate, o allungate trasversalmente: 5° la sede ordinaria è la palpebra superiore; lo che convalida l' origine dei follicoli sebacei: 6° la mancanza di segni d' infiammazione intorno alle medesime.

Passa da ultimo alla diagnosi differenziale, che è facile, dice, fino al *colloide milium*, dal quale mal si distinguono, e peggio poi da una ciste di cisticerco; e qui entra a raccontare un tale equivoco preso dallo stesso Sichel. Una cosa però è da ricordarsi: la somma rarità da parte delle cisti trasparenti. Altro non vi ha cui tenersi per scansare l'errore diagnostico.

8. **Irite gottosa con ipoema.** — (Dallo stesso giornale).

Galezowski osservò un caso d' irite gottosa con ipoema, in un individuo in preda alla diatesi reumatica con manifestazioni di gotta.

Quattro mignatte alla tempia da quel lato, instillazioni d'atropina, occhiali colorati per diminuir la fotofobia, 2 grammi al giorno di salicilato di soda. Questa fu la cura: e dopo un mese si potè constatar la guarigione dell'irite senza alcuna aderenza. Queste iriti, fa osservare il Galezowski, sono tenaci e dolorose, ma del resto il sangue espanso si assorbe molto facilmente, dopo di che non rimangono tracce di aderenze, nè di essudati nella papilla, e l'iride riprende tutti i suoi movimenti.

9. Nuova operazione per la cura dell'entropion e della trichiasi. — Per il dottor Holz di Chicago (*The Médical Record,* 1° novembre 1879).

Tolgo dallo *Sperimentale* (fasc. 12, anno 1879) quanto appresso: Il dottore Hotz, credendo che l'incurvamento della cartilagine tarso non prenda molta parte alla produzione dell'entropion; che il margine del tarso non cambi generalmente la sua posizione relativamente al globo oculare; che infine il così detto volgersi in dentro del margine palpebrale non sia costituito che dal ripiegarsi che fa la pelle portata in dentro dalla contrattura del muscolo orbicolare, e dichiarando d'essere stato colpitò del fatto, che, anche nei casi più gravi d'entropion, la più leggera trazione fatta con uno specillo sulla pelle della palpebra, basta per far rivolgere in fuori il margine palpebrale anormalmente rivolta in dentro, propone la operazione nel modo seguente: « mentre un aiuto fissa la pelle della palpebra contro il margine orbitario del frontale, si afferra per mezzo d'una pinzetta il bordo libero palpebrale nella sua parte mediana, e lo si trae in avanti e in basso, fino a ridurre orizzontale il margine superiore della cartilagine tarso: si pratica allora un'incisione lungo questo margine, e la si estende fino a 2 mm. dal canto interno ed esterno dell'occhio; si disseca accuratamente il muscolo orbicolare, e se ne tagliano gli attacchi colla parte superiore del tarso. il lembo inferiore di pelle, che ricuopre la palpebra si disseca allora e si isola una striscia di muscolo orbicolare larga circa 3 mm. da un canto all'altro dell'occhio. Questa striscia dev'essere accuratamente dissecata ed al tempo stesso si deve cercar d'asportare qualunque lacerto muscolare che potesse esser rimasto aderente alla parte più alta del tarso. Fatto ciò s'applicano 4 punti di sutura: si passa il filo a due mm. del margine del lembo cutaneo inferiore, gli si fa attraversare l'aponeurosi rivestente il tarso nella sua parte più alta, e quindi si passa attraverso il margine libero del lembo cutaneo superiore, avendo cura di non comprendere nella sutura alcuna fibra muscolare. I punti di sutura devono essere molto stretti, affinchè la pelle venga bene a contatto della cartilagine tarso. Si fa una medicatura semplice con acqua calda, rinnuovandola spesso affine di impedire la formazione di croste; i punti di su-

tura si tolgono al terzo giorno, e prima, se fa bisogno. La ferita guarisce in generale di prima intenzione. » Secondo l'A. il resultato immediato dell'operazione è eccellente, e nel seguito si fa eccellentissimo (*utinam*). Ora per conto mio devo però notare due cose: la prima è che nell'entropion di qualche importanza l'accartocciamento della cartilagine tarso è un fatto costante ed *evidente*, e che per conseguenza deve essere deviato in dentro il margine libero del tarso, lo che non può essere indifferente pel bulbooculare: la seconda è che l'idea di staccare gli attacchi dall'orbicolare, e anche demolirlo in parte, non è nuova. G. D.

10. I processi operatorj per la enervazione del globo dell' occhio (1).

A). *Processo di* M. RONDEAU. — Si pratica una piccola apertura alla parte superiore ed interna della congiuntiva, e s'introduce un piccolo tenotomo curvo, mantenendolo appoggiato sul globo dell'occhio. Col tenotomo si tagliano nel medesimo tempo i nervi cigliari, il nervo ottico e l'arteria centrale.

B). *Processo di* M. BOUCHERON (primitivo). — Fra il muscolo retto superiore e quello esterno, ed alla distanza di un centimetro della cornea, si taglia la congiuntiva e la capsula di Tenone. Si entra con un paio di forbici curve fra la capsula e l'occhio, e posto in tirare il nervo ottico traendo il globo oculare in avanti, mercè una pinzetta uncinata che lo afferra vicino alla cornea, lo si taglia insieme ai nervi ed alle arteria ciliari. E se vogliasi essere sicuri di non lasciare alcun filetto nervoso intaccato, allora s'ingrandisce l'apertura della capsula, si afferra con pinzette la sclerotica nel polo posteriore dell'occhio, e si porta sotto gli occhi dell'operatore tutto il campo della operazione.

C). *Processo di* M. DIANAUT. — 1.° Divaricaziono delle palpebre col blefarestato; 2.° Sezione della congiuntiva e della capsula tenoniana fra il retto interno ed il retto inferiore, per la lunghezza di 15 millimetri *e parallelamente alla direzione di questi muscoli;* 3.° Sezione a colpi di forbici curve applicate sul globo come nella strabotomia; 4.° Introduzione del dito piccolo fino in contatto del nervo ottico; 5.° Sezione del nervo ottico e dei nervi ciliari, sul dito che serve da conduttore; 6.° Denudamento, con le forbici, di tutto l'emisfero posteriore; 7.° Introduzione dell'uncino a strabismo, per assicurarsi che non rimanga attacco veruno. con ciò l' operazione è finita: si applica una spugna fredda sulle palpebre eseguendo per le prime ore con un po' di compressione, continuando per due o tre giorni le applicazioni fredde.

(1) Vedi *Bollettino* pag. 76 e 99.

Questi tre processi, perchè rispettano i muscoli e sono caratterizzati da piccola incisione, si differenziano dai consecutivi e sono quasi una *prima maniera*. Alla seconda maniera appartengono i processi seguenti:

D). *Processo di* SCHOELER. — Anestesia. — Le palpebre sono divaricate convenientemente, e l'occhio è tratto in dentro dalle pinzette di un assistente. S' incide la congiuntiva ed il muscolo retto esterno con delle forbici curve da strabismo, e attraverso al tendine reciso e la congiuntiva si passa con ago infilato di catgut. Mentre con la mano sinistra si allontana la congiuntiva ed il muscolo, tirandoli leggermente col filo di catgut, si taglia la congiuntiva in alto ed in basso fino a trovare i muscoli retti corrispondenti; aperta la strada per arrivare al nervo ottico, si prendono le forbici inglesi dà enucleazione e s' introducono chiuse fino al nervo, poi si aprono e d'un sol colpo si pratica la sezione. Al momento della sezione ci si allontana dal polo posteriore del bulbo, per conservare al globo un tronco di nervo sporgente. S' introduce un nevrotomo curvo e con movimento di va e vieni, ci si accerta che non abbiamo risparmiato alcun filetto nervoso.

E). *Processo di* M. ABADIE. — Il tendine del retto esterno è tagliato come nella operazione dello strabismo, e la sclerotica largamente denudata nello spazio compreso fra il retto superiore ed inferiore. Si taglia il nervo ottico nella enucleazione. Allora il globo viene lussato fuori della cavità orbitaria ed è girato in dentro per modo che il polo posteriore venga nel campo della operazione. Allora si vede il N. O. sezionato; con delle forbici smusse si compie la denudazione della sclerotica attorno al medesimo e così si procura che realmente nessun filetto nervoso rimanga tagliato. Ciò fatto, l'occhio viene respinto nell'orbita e rimesso nella sua posizione naturale. Un filo di sutura passato attraverso la congiuntiva bulbare ed il muscolo retto esterno, provvede alla inserzione normale di questo. Si applica una fascia compressiva.

F). *Processo di* M. MEYER. — Pratica la tenotomia del muscolo retto esterno, passa un filo di seta nella estremità del muscolo stesso, afferra la congiuntiva presso la cornea con una pinzetta e la consegna all'aiuto che con questa attira e volge l'occhio verso il naso. Intanto l'operatore sbriglia il tessuto congiuntivale fino al polo posteriore del globo oculare, e via facendo, taglia l'inserzione oculare dei muscoli obliqui e poi opera come Abadie.

G). *Altro processo di* M. BOUCHERON (attuale). — Sezione della congiuntiva e della capsula sottoposta, ad un centimetro dalla cornea. Tenotomia del muscolo retto esterno. Introduzione fra la capsula e l'occhio di forbici curvate sul piatto secondo il raggio della sfera oculare. L'occhio essendo allora tirato in dentro, il nervo ottico, teso come una corda

rigida, è preso fra le lame della forbice e tagliato. Rotazione in avanti dell' emisfero posteriore dell'occhio per assicurarsi che la operazione fu completa. Sutura del muscolo. Medicatura aseptica ghiacciata.

H). *Processo di* M. WARLOMONT. — È su per giù sempre la medesima operazione, tranne che Warlomont pratica la *listerizzazione,* e taglia il fascio nerveo-vascolare con forbici a schiacciamento (*à écrasement*). L'operazione è questa: 1.° Anestesia, listerizzazione, blefarosta fisso; 2.° Sezioni della congiuntiva, parallela al segmento esterno della cornea e situata a 1[2 centimetro dall'orlo di questa; estesa dal muscolo retto inferiore a quello superiore; 3.° Sezione della capsula secondo la medesima direzione; 4.° Introduzione dell'uncino a strabismo sotto il tendine del muscolo retto esterno, poi di due aghi curvi inflati di catgut, in due punti di questo tendine, uno più vicino alla cornea, l'altro un poco distante dal primo ed a traverso la congiuntiva sopraposta; infine, sezione del tendine fra i due aghi che così depongono un ansa per capo; si torcono insieme i due capi di ciascun'ansa per farne un cordoncino; 5.° Sbrigliamento del tessuto sotto-congiuntivale, fino al nervo ottico, e sezione di questo per mezzo delle forbici a schiacciamento lineare. Se i muscoli obliqui dessero noia, si possono tagliare; 6.° Lussazione dell'occhio in avanti ed in dietro, e tonsura del polo posteriore; 7.° Pulitura diligente del fondo della ferita e riposizione dell'occhio; 8.° Sutura, che si pratica con l'annodare insieme i cordoncini di catgut; 9.° Medicatura antisettica, fasciatura leggermente compressiva. Refrigeranti.

(*Presse Médicale Belge*).

11. **Dacriotomo** di GIRAUD-TEULON. — (*Société de Chirurgie, séance 4 février 1880*).

L' A. disse che per evitare il pericolo delle false strade, ha fatto unire ad una sonda di Weber di grossezza corrispondente al N. 4 di Bowman, una lama tagliente che si fa sporgere quando l'istrumento è penetrato nel canale nasale.

In questa occasione alcuni membri presero la parola in proposito del metodo e ne risultò la seguente discussione: M. Després non ha mai osservato vantaggio di durata dopo la incisione di qualsivoglia restringimento, e quindi domanda se questa operazione ha dato a Giraud-Teulon dei resultati soddisfacenti.

Giraud-Teulon. Riconosce esservi de' casi superiori alle risorse dell'arte, ne' quali la incisione rimane senza effetto, ma nella maggioranza de' casi l'operazione è riuscita benissimo, ed i suoi vantaggi non sono contestabili.

M. Berger. Concede che con questa operazione si porti rimedio alla dacriocistite, alla congiuntivite angolare ed a tutti gli inconvenienti che

in definitivo conducono alla fistola lacrimale. Ma l'epifora sarà scongiurata? Alla sua domanda fa seguire la dichiarazione che ebbe già l'occasione di sentire citato da Panas un caso nel quale la dilatazione aveva fatta disparire la lacrimazione.

M. Després. Non nega i buoni effetti della dilatazione nei casi d'infiammazioni acute. In caso di abscesso del sacco fece passare una sonda attraverso l'apertura artificiale, praticò la siringatura secondo l'antico processo e l'ammalato guarì; ma egli contesta che la sezione del canale possa portare utilità nei casi di vecchie fistole, di suppurazioni prolungate. Quando Gerdy propose per la prima volta tale operazione fu vivamente contradetto da Malgaigne che gli domandò qual guadagno poteva venire dalla incisione di una muccosa sottile, unita saldamente al periostio del canale osseo sovente ammalato per osteite e per carie.

M. Perrin. Accetta in parte quanto disse M. Després. Nei casi inveterati dice non avere avuto che degli insuccessi, ma d'altra parte M. Després fece male praticando il cateterismo per l'apertura a livello del sacco, perchè perse tutti i vantaggi dei metodi nuovi.

M. Giraud-Teulon. Ha già concesso che il processo di Stelling non guarisce tutti i casi, ma ciò non vuol dire che non sia una conquista preziosa della quale gli oculisti provano ogni giorno i vantaggi. L'obiezione di Malgaigne a Gerdy non gli sembra esatta ed è certo che dopo la sezione della muccosa, un ristringimento fino allora insormontabile lascia passare una grossa sonda di Bowmar.

FORMULARIO

PREPARAZIONE DEL MATERIALE PER LA FASCIATURA ANTISETTICA.

Il dottor Bruns nel *Iahrbuch für practische Aerzte* suggerisce il modo seguente per le preparazioni della garza fenicata. Si prenda un chilogrammo (circa 25 metri) di garza idrofila, e la si immerga in 250 centimetri cubi di un liquido che consti di 100 centim. cubi di acido fenico, 400 di colofonio finamente polverizzata, 40 di olio di ricino a 2000 di spirito di vino. Si procuri che si faccia una eguale imbibizione, e quindi si sospenda per circa mezz'ora la stoffa orizzontalmente finchè sia secca. La garza fenica così preparata è più molle, più flessibile e quasi della metà più a buon prezzo di quella del commercio.

Bruns prepara egualmente la garza all'acido benzoico, l'ovatta salicilata, l'iute salicilata, ecc. ecc. Quest'ultima poi si prepara aggiungendo all'acido salicilico dell'olio di ricino, ciò che impedisce d'essere molestati dal prurito.

RECENTI PUBBLICAZIONI

M. R. LEVI. — *Della cura marina nelle affezioni scrofolose degli occhi.* Nota agli articoli dei dottori Simi e Poli. — Padova, tip. Prosperini, 1880.

CECCHERELLI ANDREA. — *I restringimenti del retto.* Memoria. — Firenze, tip. Salani, 1880.

SADUN B. — *Intorno alla vita di Pietro Betti.* Discorso inaugurale letto per la riapertura dell'anno scolastico 1879-80 nella R. Università di Pisa. — Pisa, tip. Nistri e C., 1880.

COSETTI FRANCESCO. — *Sui processi operatori proposti in questi ultimi tempi per l'estrazione della cateratta senile.*

T. C. FOX. — *Compendio delle malattie della pelle col relativo ricettario.* Prima traduzione italiana sulla seconda edizione inglese, del dottor BARTOLOMMEO DINI. Esaurita prontamente la prima edizione, le numerose richieste di questo libretto, preziosissimo specialmente per i medici-condotti, resero necessaria questa seconda edizione. La quale in ogni sua parte riveduta e corretta, contiene poi due appendici dell'istesso autore sulle *eruzioni gravi* dovute *all' Joduro di potassio* e sul *lupus follicolare disseminato*, che le aggiungono pregio, rendendola più completa e viemeglio adatta ai bisogni della pratica. — Firenze, Tipografia Cooperativa, via Monalda, 1. — Prezzo Lire 2.

WALKER. — *Essays in Ophtalmology.* — London, 1879.

EMMERT D. EMIL. — *Auge und Schadel.* — Berlin, 1880.

I soliti cambi di giornali sono stati ricevuti e più si è ricevuto la *Revista des ciencias médicas,* Febrere de 1880.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Firenze, 1° aprile 1880.

Un recente decreto del Governo Belga (11 gennaio 1880) ha permesso che, almeno in linea di esperimento, s'introduca l'uso degli occhiali per correggere la miopia dei militari, fino al punto di metterli in caso di compire regolarmente il servizio attivo. Ed è stato adottato come limite massimo della miopia ammissibile nell'esercito, *cinque dioptrie metriche* misurate ad accomodazione paralizzata. Il medesimo per la ipermetropia.

Noi non discuteremo su questo limite, che fu stabilito dal Governo Belga sul parere di una competentissima Commissione e che a colpo d'occhio sembra giusto. Forse di ciò parleremo in altra occasione. Per ora ci preme soltanto di far notare il fatto importantissimo della introduzione dell'uso degli occhiali nella milizia in un momento nel quale i vizj di refrazione, ed alludiamo più specialmente alla miopia, si sono fatti malattia tanto frequente, e che, come è noto, affliggono di preferenza i giovani delle città e quelli che hanno passato i primi anni della vita nelle scuole.

Il Decreto del Governo Belga è di molta importanza, e di molta opportunità per l'esercito, perchè senza l'adozione di un simile provvedimento, o converrebbe che i Consigli di Reclutamento riformassero una grandissima quantità di coscritti, o converrebbe assegnare ai servizi secondarj la parte più istruita dei militari, e riserbare per la forza attiva dell'esercito la parte più indotta del medesimo.

Ma se questa misura sia per essere senza danno alcuno pei singoli militari, noi non vorremmo doverlo giudicare. Ad una miopia di 6 Dioptrie corrispondono tali lesioni dal fondo oculare, per le quali non si può in termini generali sostenere non nocivo il servizio militare. Questo, fin'ora, era innocuo e forse anche utile al miope, perchè non gli faceva quasi mai adoperare il *puntum prossimum,* e così col riposo dell'accomodazione aveva un vantaggio che forse neu-

tralizzava la triste influenza di altre cagioni che nella vita del soldato non mancano, come capaci di sollecitare lo sviluppo ed il decorso della sclero-coroidite. Ora potendo servirsi delle lenti, l'individuo si mantiene nelle condizioni in mezzo alle quali la sua miopia si sviluppò e crebbe fino a queste 6 Dioptrie, ed a queste condizioni vi aggiunge tutte quelle mille cagioni di afflussionamento sanguigno della testa e del fondo oculare che s' intraveggono, per poco che si pensi alle fatiche delle marcie, alla foggia del vestire, al modo di nutrirsi ed a quanto, per brevità di discorso, può dirsi la *vita militare*.

Per altro questa nuova misura non può; nè il Governo Belga lo vuole; essere estesa a tutti i militari miopi. Gli uomini non istruiti possono essere messi nelle riserve e nei servizi secondari od ausiliari. Soltanto agli uomini istruiti e che fanno presumere che perverranno facilmente al grado di sottufficiali, son dati gli occhiali quando entrano al reggimento. È ciò minora certamente l'importanza dei timori sopra espressi, e può accadere che in pratica si trovi un *modus faciendi* da evitare i danni che la misura stessa potrebbe produrre.

Per questo è da desiderare che la pratica adottata dal Belgio venga pur sperimentata in Italia. Ma..... vi è un ma! Questo voto che noi facciamo, ci fa perdere una speranza che avevamo concepita in vantaggio della igiene delle scuole e dei giovinetti che le frequentano oggi. Perchè credevamo che il nostro Governo si sarebbe scosso dalla sua sonnolenza ed avrebbe pensato che senza energici provvedimenti molti dei nostri giovinetti consumano la vista prima di essere abilitati all'esercizio delle professioni per le quali si danno allo studio, quando il Ministro della Guerra si sarebbe lamentato che quasi la metà dei giovani istruiti era inabile al servizio delle armi. Ma se il Ministro della Guerra la rimedia con un pajo d'occhiali, chi parlerà più con efficacia a quello della Pubblica Istruzione?

Vi sarà qualcuno così fortunato da saper persuadere che se nello stato attuale delle cose bisogna imitare il Governo Belga e permettere che i soldati portino gli occhiali, anzi fornirli loro, ciò non può costituire che una misura di transazione, ed il riconoscimento di un male che sopra una parte della generazione attuale è bell'avvenuto ed ormai conviene accettarlo, ma che su quella più recente converrebbe impedire?

Sta bene che un Ministro della Guerra permetta che i militari si presentino in fila con gli occhiali necessarj sul naso, ma nel tempo stesso sarebbe bene che il suo collega della Pubblica Istruzione ordinasse dei severi provvedimenti perchè tutti i cattivi metodi di illuminazione delle scuole, tutte le cattive edizioni ne' libri di testo, e tutte in una parola quelle cause della miopia, che sono moltissime, fossero tolte di mezzo.

Ma dicendo francamente il nostro parere: crediamo che vedremo i militari con gli occhiali, ma non vedremo gli adolescenti protetti in modo che nelle scuole non si sciupino gli occhi.
S.

ECTROPION INFLAMMATORIO DI TUTTE E QUATTRO LE PALPEBRE, *curato con la compressione e con gli astringenti,* per G. DANESI.

Narrerò brevemente un caso di catarro congiuntivale intenso di tutti e due gli occhi, con extroversione delle palpebre superiori, da me curato con felice successo.

Il dì 7 febbraio del corrente anno fu portato alle mie consultazioni un piccolo bambino di 6 mesi, di nome Adolfo Piccioli, di Gragnana (presso Carrara), che il 26 dicembre 1879 si era ammalato a tutti e due gli occhi, quasi contemporaneamente, di congiuntivite catarrale semplice, a quel che rilevo dai parenti suoi, accompagnata però da intenso catarro: e la tumefazione della congiuntiva palpe-

brale a poco a poco divenne tale, che, quando il piccolo malato piangeva, le palpebre superiori si rovesciavano in fuori completamente; la qual cosa ripetendosi dimolte volte, e quindi crescendo la tumefazione congiuntivale, avvenne che quel rovesciamento rimase stazionario, costituendo così un ectropion, che era cagione esso stesso di vivi dolori, onde l'infermo non gustava più un momento di riposo. Alla mia prima visita trovai gli occhi appunto nelle accennate condizioni: le palpebre superiori rovesciate completamente; la congiuntiva palpebrale rossa, rigonfia, tomentosa, con chemosis sieroso, dolente al tatto; e ricuopriva in parte anche la palpebra inferiore, edematosa alquanto. Divaricate le palpebre con gli elevatori, constatai trovarsi la congiuntiva bulbare appena iniettata per tutto ugualmente, la cornea e l'iride integre perfettamente, e ciò dall'una e dall'altra parte: un secreto muco-lacrimale scolava copioso, bensì più a destra che a sinistra. Il rovesciamento della palpebra superiore a destra datava da 15 giorni; non più che da tre giorni a sinistra.

Per molte premure che si fossero date quei di famiglia, non era stato finora mai possibile trovar modo di soccorrere efficacemente quel bambino, le cui condizioni generali di salute erano, del rimanente, soddisfacentissime. Io mi proposi di raggiungere lo scopo, cercando di scemare il turgore congiuntivale, modificando a tal uopo il processo irritativo e congestivo della mucosa, primieramente coll'uso degli astringenti, in secondo luogo col togliere all'azione degli agenti esterni la congiuntiva, riportando la palpebra nella sua normale posizione, e mantenendovela; scelsi fra gli astringenti l'acido borico in vaselina alla dose dell'uno per cento: unta bene la muccosa colle dita, ricondussi le palpebre, pur colle dita, in buona posizione, e quindi sovrapposti due guancialetti, uno per lato, imbevuti in una soluzione di borato di soda, eseguii la fasciatura binoculare contenitiva e leggermente compressiva: ordinai che la sera

fosse rinnovata la stessa medicatura, mentre la mattina la eseguivo io stesso. La tumefazione delle palpebre e della congiuntiva cominciò tosto a scemare, e del pari la secrezione catarrale; e il bambino, divenuto quietissimo, riprese a riposare veramente. Al terzo giorno dalla medicatura la palpebra sinistra non si rovesciava più in fuori, nemmeno negli sforzi del pianto: al sesto giorno anche la palpebra destra rimaneva in buona posizione costantemente; e dopo altri tre o quattro giorni ogni traccia di catarro erasi dileguata affatto, in seguito alla introduzione nel sacco congiuntivale di acido borico in vaselina.

Credo di non aver fatto opera inutile a rendere di pubblica ragione un caso di questa sorta, più specialmente per la pronta efficacia del metodo curativo adottato. E volli narrarlo affinchè di fronte a un altro simile nessuno possa trovarsi ingiustamente imbarazzato sul modo di provvedervi.

CURA DELLA CATERATTA SECONDARIA (1)

(Casi pratici)

Feci assidere l'inferma in vicinanza di una finestra, in modo che la luce le venisse di fianco, ed a forza di tentativi potei far dirigere l'occhio così, che io dominassi il campo della operazione. Imperocchè la luce che si rifletteva sulla cornea mi impediva in un modo veramente singolare di guardare l'apertura iridea ed apprezzarne distintamente tutte le particolarità. La cornea non aveva sensibile alterazione nella sua curvatura, l'acqueo era limpidissimo, io con la illuminazione focale vedeva benissimo l'iride, l'apertura pupillare e la cateratta secondaria; ma ad onta di tutto questo, con la luce diffusa la cateratta mi spariva di sott'occhio. Dovetti finire per ricorrere al compenso di far rischiarare il campo della operazione con una lente, che

(1) Continuazione, vedi pag. 105.

detti a tenere al mio ajuto. Allora io non poteva fare altrimenti perchè non possedevo lo strumento che a tale scopo ha di recente fatto costruire Adams (1).

Trovata la luce occorrente, fissai l' occhio con un pajo di pinzette ottalmostate e poi penetrai nella camera anteriore col coltello di Gradenigo introducendolo quasi alla estremità inferiore del diametro verticale e spingendolo fino al suo limite superiore. Con questo primo atto io non mi proponeva che di portare lo strumento sul campo della operazione e quindi non doveva occuparmi senonchè di fargli percorrere la camera anteriore senza impigliarne la punta nelle pareti.

Lo strumento di Gradenigo (strumento che del resto moltissimi conoscono) è un coltellino lungo un centimetro, appuntatissimo, e che alla base ha la massima larghezza di 2 millimetri (cioè rappresenta un triangoletto con l' angolo al vertice di circa 10°): ove finisce il tagliente, incomincia il collo del coltelletto, e questo collo è conico e serve ad impedire che l' umore acqueo sgorghi e la camera si vuoti finchè vi è bisogno di muovere il coltello dentro la medesima.

Arrivato, come dissi sopra, con l' apice del coltello alla parte più alta della camera anteriore, ne rialzai il manico onde la punta s' immergesse nella cateratta secondaria, e nel far questo, che è un movimento di rotazione, feci che la parte dello strumento che rimaneva ferma, fosse quella che corrispondeva alla parete corneale. Voglio dire che feci centro di rotazione sulla cornea. E come mi bastava che il coltello s' immergesse nella cateratta un pajo di millimetri, presso a poco, così rialzai la mano tanto da far percorrere al manico una rotazione di 10 o 12 gradi. E poi cominciai a ritirare il coltello, e mano mano che facevo ciò, aumentavo l' inalzamento del manico, onde la punta rima-

(1) Vedi Rivista N 3, in questo stesso fascicolo.

nesse sempre immersa 2 mm. E percorso il campo pupillare venni sull'iride onde ne rimase inciso tutto lo sfinitere. Appena avvenuto questo, la breccia si spalancò e fu formata la pupilla artificiale.

Ora prima di dire perchè io prescelsi questa maniera di operazione, conviene che dica come avrei dovuto contenermi se avessi voluto operare alla maniera del Wecker.

(Continua). S.

CORRISPONDENZE

Lettera del Dott. Andrea Ceccherelli *al Dott.* Andrea Simi.

Carissimo Collega ed Amico,

Non mi sarei occupato menomamente di pubblicare questa brevissima storia e di chiederle ospitalità nel suo *Bollettino*, se giust' appunto, da non molto, non si fosse risvegliata una corrente contraria a quest' atto operatorio, conosciuto col nome di enucleazione del globo oculare, e da Schöler in Germania (*Berliner Klinische Wochenschrift*) e da Abadiè in Francia non si fosse propugnato di eseguire invece la sezione dei nervi ciliari e del nervo ottico.

Io non sono oculista, nel senso di specialista; sono semplicemente chirurgo, e come tale prendo la parola per discutere su quell' atto operatorio che si vorrebbe oggi sostituire all' antico dell' enucleazione del globo oculare.

Od io sbaglio, oppure l' enucleazione del globo oculare può essere eseguita: 1° in casi di oftalmia simpatica sia per arrestarla, sia per prevenirla; 2° in casi di tumori orbitari; 3° per togliere una deformità.

Non può nascere discussione di sorta intorno ai casi di tumori orbitari, o quando l' operazione è richiesta dal malato per togliere una deformità; allora l' enucleazione è la sola ammessa, la sola possibile, e la sezione dei nervi ciliari e del nervo ottico non è tampoco probabile che entri in scena. Resta allora soltanto il caso

dell' oftalmia simpatica che può fare oscillare la bilancia fra l' uno e l' altro atto operatorio.

Mi pare che per deciderci ad accettare nel manuale operatorio tale nuovo metodo si debbano discutere i vantaggi e gli svantaggi di questo e dell' enucleazione dell' occhio.

La nevrotomia, si dice, sarebbe un' operazione meno grave; e che per di più avrebbe l' utile indiscutibile di lasciare l' organo in sito, e di non avere bisogno di applicare consecutivamente un occhio artificiale. Ma però è un' operazione difficilissima a farsi, e che d' altra parte in taluni casi lascia un organo deforme.

La enucleazione invece sarebbe relativamente più grave, e priva del suo organo l' individuo che si sottopone all' atto operatorio.

Non discuto menomamente sulla difficoltà o facilità dell' operazione; non mi sembra una questione seria a farsi. — Me ne passo volentieri anco sul quesito se convenga, o no, privare un individuo di un organo, per mettergliene uno artificiale; dirò solo, che quando non mi deve servire ad altro, che per l'estetica, preferisco un occhio completamente bello, ad uno guasto, con macchie, e che non mi serve affatto.

Il gran quesito, mi pare, che sia tutto nella gravità dell' uno e dell' altro atto operatorio. In una Comunicazione che Ella fece nel 1878 alla Società Medico Fisica di Firenze riportava una statistica del Vigneaux nella quale, su 300 enucleazioni di globo oculare, si citano soltanto 16 casi nei quali avvennero degli accidenti consecutivamente all' operazione; e due volte la morte in individui vecchi, e nei quali tutti convengono il triste esito non essere attribuibile in verun modo all' operazione. Nei 16 casi, fra gli accidenti, trovo registrata 8 volte l' emorragia, 6 delle quali volte con l' epiteto di lieve. Dunque dove è la gravità dell' operazione?

Per la nevrotomia noto intanto che ne viene ammessa la possibilità, e si ha timore che l' emorragia che si produce sia forte, e che il bulbo vengà spinto in fuori.

Eccoci così nelle medesime condizioni tanto da una parte che dall'altra; e cioè l'emorragia come accidente consecutivo e complicante l' atto operatorio; emorragia che non posso fare a meno di considerare, quando avviene, come identicamente uguale tanto in caso di nevrotomia che di enucleazione, perchè sono i medesimi vasi che vengono incisi. Dunque messa l' uguaglianza di condizioni

da questo lato, cosa resta di vantaggi per la nevrotomia, in confronto all'enucleazione del globo oculare? Che si conserva l'organo. Ne vale la pena, domando io, quando si tratta di un organo che non serve più, che talora è deforme? Non lo credo. E se i partigiani della nevrotomia non porteranno altri argomenti in appoggio della loro tesi, credo che fino da ora sia risoluta, rigettando la proposta fatta.

Tanto più poi mi confermo in questo concetto, se per un momento penso che consecutivamente alla nevrotomia non è difficile che l'occhio possa atrofizzarsi, ammalarsi, e dare dei disturbi abbastanza serii.

Come ho detto al cominciare di questa lettera io ho eseguita la enucleazione del globo oculare, ed il resultato è stato tanto buono da distruggere immediatamente quei dubbi che potevo avere avuti per un solo momento se la nevrotomia era da preferirsi. E se la regola e non l'eccezione è che non avvengono complicanze, come nel caso mio, davvero che la nevrotomia potrà registrarsi come una proposta che fu fatta; ma non se ne conteranno mai i fasti.

Il 24 genn. visitavo un tal L... F.., di anni 45 circa, il quale presentava all'occhio destro un voluminoso stafiloma con ernia dell'iride. Era sede di dolori fortissimi; e non funzionava affatto, giacchè da vario tempo il F... diceva di non vederci. L'occhio sinistro cominciava da qualche giorno a dolere; la vista s'indeboliva; vi era pure una leggiera iniezione sanguigna congiuntivale ed episclerale. Per liberare l'occhio dai dolori, ed anche per tentare di arrestare la malattia dall'occhio sinistro, proposi di enucleare l'occhio destro: ed il 7 febbraio eseguii l'operazione. L'atto operatorio non presentò difficoltà o complicanze; nè successero consecutivamente disturbi da meritare cure speciali. Dopo quindici giorni la guarigione era completa, e potei applicare l'occhio artificiale. L'occhio sinistro migliorò immediatamente, e adesso è in buone condizioni.

La domanda che mi faccio è questa: se avessi fatta la nevrotomia, l'atto operatorio sarebbe stato tanto semplice ed innocuo? Forse sì, ma certamente non di più! Merita allora il conto di mettere in campo dei nuovi metodi, di esito incerto, più complicati, non più vantaggiosi, non meno gravi? No! ed allora per parte mia credo

conveniente di non abbandonare la enucleazione del globo oculare per la nevrotomia.

In fondo mi pare che sieno queste anche le sue convinzioni, egregio Collega, e se tali lo sono ne sarò contento; altrimenti le combatta, che potrò allora entrare in una strada migliore d' idee.

Mi abbia intanto con stima e amicizia per suo

Firenze, 16 marzo 1880.

Collega e Amico

Dott. ANDREA CECCHERELLI.

Pregiatissimo Sig. Direttore
del Bollettino d' Oculistica, *Firenze.*

Sarei a pregarla volesse pubblicare nel suo Periodico, sotto la rubrica *Corrispondenze*, un caso clinico di una malattia non frequente, la cheratite parenchimatosa, che per lo speciale trattamento e per la sua relativamente sollecita guarigione ritengo sia abbastanza importante.

Zenobia Benincampi, di condizione domestica, d' anni 27, dimorante in Lucca, si recò da sola in mia casa nei primi di Agosto del passato anno per consultarmi su di una affezione oculare cominciata da 8 o 9 giorni. Al primo vedere l' inferma mi colpì il suo colorito cloro-anemico, poi esaminando ambedue gli occhi trovai il destro che aveva perduto fino da bambina, per un un colpo riportatovi da villana mano, affetto da stafiloma anteriore della coroidea e da cateratta traumatica, ed il sinistro con leggiera iniezione della congiuntiva oculare con assai distinto cerchio pericheratico e con cornea infiammata chiaramente visibile al rischiaramento obliquo. La vista nell' occhio sinistro era abbastanza menomata e l' inferma accusava un poco di lacrimazione e di fotofobia. Quando io l' ebbi rassicurata che poteva guarire, sebbene con una cura lunga, dall'affezione dell'occhio sinistro, poichè avea fatta diagnosi di cheratite parenchimatosa al primo periodo, non esitò un momento a sottoporsi alle mie prescrizioni, perchè i colleghi che antecendentemente l' avevano visitata poca speranza le aveano fatta concepire di ricuperare la vista. Io intanto tenendo conto della cloro-anemia che offriva l' inferma, e che ognuno sa, figura quasi da sola come momento etiologico di questo morbo oculare, prescrissi internamente l' ioduro di ferro e per collirio

l'ioduro di potassio, gr. 1 in 15 d'acqua distillata, istillandone una goccia al mattino e una alla sera, poichè nella Clinica del Prof. Castorani avea vista tal cura riuscire a meraviglia, abbreviando assai il corso della malattia in due casi che non erano stati soggetti a nessun'altra cura. L'ammalata venne a trovarmi ogni giorno, e sempre col solito trattamento aggiungendo di quando in quando una goccia di collirio d'atropina; passarono 12 giorni dopo i quali la cheratite volse al secondo periodo o di vascolarizzazione e le macchie opache di trasudamento erano visibili fra i vasi col rischiaramento obliquo. Allora, senza modificare la cura largheggiai di più nell'istillazione del collirio d'atropina, allo scopo di prevevire l'irite tanto facile in questo periodo, e l'ammalata veniva accompagnata, perchè la visione era del tutto abolita. Dopo altri 10 giorni era per terminare il secondo periodo e la vascolarizzazione era a gradi a gradi scomparsa, quando una mattina l'ammalata si lagnò di star peggio; osservai e trovai ambedue gli occhi affetti da congiuntivite catarrale. Questa complicanza insorta mi costringeva a lasciare l'istillazione dell'ioduro potassico, ed allora mi venne l'idea di prescrivere la tintura di iodio e glicerina per pennellature intorno all'orbita ed un collirio leggiero di nitrato d'argento per l'occhio destro. Mentre all'occhio sinistro la congiuntivite faceva il suo corso, la cheratite andava migliorando, ma presentavami un fenomeno che non aveva osservato nei due casi curati dal mio Professore. Eravamo al terzo stadio e le opacità disseminate sulla cornea si disponevano a forma di triangolo dal centro alla periferia della cornea: oggi, ad es., nel segmento inferiore rimanendo il resto della cornea integra e direi quasi come normale, domani la medesima disposizione si osservava in un altro segmento e quello primo opaco si faceva trasparente; finalmente, dopo oltre 20 giorni, si residuò una macchia centrale gialliccia della cornea, ed allora non più temendo che i colliri irritanti avessero a farmi insorgere nuovamente l'infiammazione della cornea, prescrissi il collirio di nitrato d'argento e in pochi giorni vidi guarita la congiuntivite e riassorbita quella piccola macchia, e così l'occhio ritornò alla visione normale. Io era sicuro che la guarigione si sarebbe mantenuta, ma nulladimeno volli che il tempo confermasse il mio giudizio, ed ora che sono trascorsi quasi sei mesi e che sono informato che essa ha

da gran tempo riprese le sue occupazioni e niente più ha avuto a soffrire, le comunico questa storia clinica nel convincimento che anche un sol caso aggiunto agli altri curati felicemente con questo metodo piuttosto semplice tenuto dall' illustre Clinico di Napoli, debba incoraggiare i colleghi ad esperimentarlo.

Napoli, 15 Marzo 1880.

Suo devotissimo

Dott. Pietro Pratalongo.

RIVISTE

1. **Delle alterazioni del pigmento coroideo sugli alienati** del dottor G. Riva.

L'A. richiama l' attenzione sul fatto dell'*atrofia del pigmento* coroideo da lui frequentemente trovato esaminando con l'ottalmoscopio l'occhio dei pazzi.

Il fatto non sorprende quando si pensi questo essere facile effetto dei disturbi della circolazione coroidea sulla quale d' altronde spiega facile influenza quella encefelo-meningea.

L'A. sopra 117 reperti ottalmoscopici ne ha trovati 30 che sono l'elemento positivo che fornisce materia al suo lavoro. È importante il dire che gli alienati con atrofia del pigmento coroideo avevano una forma di alienazione mentale con affinità di decorso. All' infuori dei pellegrosi, gli altri presentavano un corso intermittente, ad accessi, e quantunque offrissero singolarità fenomeniche fra loro diverse, conservavano però quel tipo accessuale che la clinica e l'anatomia patologica hanno dimostrato appartenere ad uno speciale ordine di momenti eziologici, cioè a disturbi prevalentemente idraulici.

Conclusioni:

1. Che nelle alienazioni mentali e di preferenza in certe forme che hanno un decorso intermittente, parossistico, ovvero sono dipendenti da cachessia pellagrosa, l'aspetto del fondo oculare presenta dei caratteri che si riassumono in una depigmentazione più o meno pronunciata della coroide e dell' epitelio pigmentato retinico, ed in uno scoloramento ed intorbidamento della retina.

2. Che queste anomalie del fondo oculare non sono da ascriversi a quelle modificazioni che rientrano nei limiti fisiologici, poichè nei sani di mente non assumono mai un grado così spiccato ed un aspetto così caratteristico.

3. Che il fatto della coincidenza di simili alterazioni endoculari con speciali condizioni patogeniche cerebrali, atte a favorire le iperemie attive e passive nei vasi coroidei, conduce ad ammettere che questi disturbi circolatorj, i quali anche nelle altre parti del corpo danno luogo alla sclerosi dei tessuti, sieno la causa più frequente di tale fatto morboso.

(*Riv. Sperim. di Freniatria,* anno V, fasc. IV).

2. Un nuovo metodo di cura per l'ottalmia blenorragica.

M.r Dor partendo dalla convinzione che nella ottalmia blenorragica debbasi trovare l'elemento parassitario, quale il Neisser lo dimostrò nel pus gonorroico (*Cripta gonorroica*) applicò da molto tempo in tutti i casi di congiuntivite parulenta il *benzoato di soda.*

Recentemente in un giovane di 26 anni, il quale aveva una ottalmia provocata dal trasporto diretto del pus gonorroico, applicò il suo metodo ed ebbe un resultato favorevole in sei giorni di tempo. Non vi è nessun dubbio che il caso che ha servito all'esperimento del signor Dor non fosse uno di quelli nei quali le più delle volte la vecchia terapia non raccoglieva da cure prolungate, energiche ed anco gravi, il più completo insuccesso. (Vedi formulario). (*Lyon Méd.* Marzo).

3. Unó strumento per illuminare e ingrandire le parti anteriori del globo oculare, per J. E. Adams.

L'Autore avendo spesso trovato difficoltà nel vedere i corpi estranei minuti sulla cornea, fece costruire questo strumento semplicemente con l'intenzione di concentrare la luce artificiale sulla cornea e d'ingrandire l'immagine, lasciando nel tempo stesso le mani libere per le manipolazioni necessarie richieste per togliere il corpo estraneo. La difficoltà naturalmente è solo nell'esercizio privato in cui non si ha pronto un aiuto competente; ma l'A. non esita a dire che questo *arrangement* è anche migliore dell'aiuto prestato dalle persone più esperte.

Egli non avrebbe creduto una così piccola produzione degna di essere resa di pubblica ragione, se non avesse trovato quanto è utile per altri scopi che per quelli ai quali originariamente era destinata. In primo luogo la cornea, l'acqueo, l'iride, la lente possono essere esaminati anche da un novizio nelle condizioni le più favorevoli d'illuminazione e d'ingrandimento.

Una delle lenti può esser portata in faccia all'occhio, ed usata per produrre l'immagine inversa del fondo per scopo ottalmoscopico se così si desidera.

Ma soprattutto mette in grado di eseguire una iridectomia o qualsiasi altra operazione nell'interno dell'occhio, a qualunque ora di giorno o di notte, senza assistente. Pochi giorni fa l'A., invitato a vedere un caso a

breve distanza dalla città, trovò una iridectomia immediata, la tensione del globo essendo + 3. Quantunque fosse quasi notte, potè eseguire l'operazione col maggior comodo e sicurezza, l'illuminazione essendo derivata da un lume a gas ordinario che si proiettava dalla parete della camera del paziente. Un'altra ragione è questa, che se devonsi avvicinare i lumi alla faccia del paziente, bisogna sostituire l'etere al cloroformio, mentre con questo *arrangement* la luce può essere tanto distante da rendere inutile qualsiasi precauzione di questo genere.

Lo strumento consiste in una fascia di metallo che cinge la fronte del paziente. A questa fascia è unito un braccio di leva che può muoversi in tutti i sensi ed è questo che sopporta la lente di rischiaramento.

(The Lancet).

4. **Delle cisti trasparenti delle palpebre, credute a torto dagli autori cisti sudoripare.** — (Dal giornale di GALEZOWSKI) (1).

Seguitando a far la diagnosi differenziale, l'A. fa osservare che le cisti trasparenti delle palpebre devono anche essere distinte dal *dacryops*, o *ciste lacrimale intrapalpebrale;* nè ciò essere difficile se si pon mente: 1° che circa la sede pel *dacryops*, è la parte superiore esterna del cul di sacco congiuntivale, originandosi esso da quelle piccole glandule, che stanno aggruppate intorno all'apertura dei dutti lacrimali, e il cui insieme costituisce la glandula lacrimale accessoria; mentre le cisti trasparenti sono esterne, si sviluppano sulla pelle, che riveste le palpebre; 2° che circa il volume, il *dacryops* lo ha molto maggoire. Le cisti trasparenti andare distinte anche da quelle cisti palpebrali che si svolgono per la presenza di un corpo estraneo. Ma qui evitar l'errore essere facilissimo, ove non si trascuri ciò che è più importante in questi casi, vale a dire, la puntura della ciste.

L'A. passa quindi all'anatomia patologica delle cisti trasparenti, parte che è stata finquì la più oscura e la più controversa: e da questa specialmente trae maggior forza per riuscire nel suo assunto, che cioè non provengano esse dalle glandule sudoripare, ma dai follicoli sebacei. Sta in suo favore il fatto che con queste cisti si è veduta coincidere l'acne sebacea; e sta in suo favore l'autorità di Sichel, di Fano e di Thomas; ma tuttociò varrebbe poco, egli seguita, se prove più positive non vi fossero; ma ora finalmente le abbiamo negli studii anatomo-patologici delle cisti trasparenti delle palpebre, fatte dal dottor Kiener: e qui riporta testualmente la nota dello stesso Kiener; noi non faremo qui altrettanto ma,

(1) Cont., V. pag. 113 del *Bollettino*.

poichè è sufficiente al nostro scopo, ci limiteremo a riportare le conclusioni dello stesso osservatore: « *la nature du revêtement cellulaire composant la paroi du kyste ; les divers degrés d'altérations hyperplasiques que présentent les glandes sébacées au voisinage du kyste ; l'absence de tout autre organe glandulaire, ou vasculaire, susceptible de dilatation kystique ; enfin la participation de l'épidemie à l'irritation me font penser que le kyste est formé aux depens d'une glande sébacée, dont la paroi hyperplasiée a sécrété un liquide séreux.* » L'A. vien quindi a parlare della parete delle cisti trasparenti, che è fatta dal condensamento di uno strato fibroso settile, ricoperto alla sua volta da cellule epiteliali stratificate : fà notare che in corrispondenza delle medesime l'epidermide è un po' più ispessita per un processo d'irritazione ; si compone però di cellule unite lassamente tra loro, e manifestamente in via di desquamazione. Finalmente passa a dire del corso, durata e terminazione delle cisti in discorso. Hanno corso lentissimo, raggiungono il volume d'una piccola fava solo dopo 10, o 15 anni, e per lo più non è che una lesione di estetica che fa ricorrere al medico, se non scompaiono da sè, come spesso avviene o per rottura spontanea della parete, o per una specie d'atrofia, quando cioè il riassorbimento è più attivo dell'esalazione. Quanto al trattamento terapeutico fa osservare che il più efficace è l'escisione della parete della ciste, seguita dalla cauterizzazione immediata del fondo del cul di sacco, mediante la estremità acuminata di un cannello di nitrato d'argento.

G. Danesi.

FORMULARIO

—

Ricetta N. 27.

Collirio disinfettante energico: da usare nella congiuntivite purulenta.

Pr. Benzoato di soda. . gr. 5
Acqua stillata. . . » 100

f. soluz. da instillare fra le palpebre di 10 in 10 minuti.

NOTIZIE

—

Quest'anno, e precisamente nei primi quattro giorni del settembre prossimo venturo, si terrà in Milano il VI° Congresso Ottalmologico Internazionale. La Commissione ordinatrice sottoscritta, residente in Via S. Andrea, 13, ha diramato a questo proposito agli oculisti italiani e stranieri apposita circolare, pregandoli ad inviare, entro la prima metà di giugno, la loro adesione per lettera, ma essa crede utile eziandio rendere per mezzo dei giornali

più diffusa la notizia, perchè ne prendano contezza tutti quei medici e specialisti ai quali involontariamente non venne mandato regolare invito. In una seconda circolare verranno indicati i locali per le iscrizioni e le sedute.

Il Comitato lascierà nulla di intentato affinchè gli onorevoli colleghi sieno degnamente accolti, ed abbiano una cordiale e fraterna ospitalità.

Prof. QUAGLINO, *Presidente.* — D. LAINATI, D. ROSMINI, *Vice-Presidenti.* — D. DE MAGRI, *Cassiere.* — Dottore PIERD'HOUY, *Segretario.* — Dott. RAMPOLDI, D. CRESPI, D. CROSIO, D. GILARDI, D. NICCOLINI, *Vice-Segretari.*

BIBLIOGRAFIA

Tafeln zur Bestimmung der Farbenblindheit, von Prof. E. PFLÜGER. (Tavole per determinare la cecità de' colori, del Prof. E. Pflüger). Berna, 1880, K. Schmid.

Sono 11 tavole o fogli di carta colorata sui quali sono stampate in nero ed in bigio lettere dell'alfabeto e cifre numeriche. Debbono servire per essere presentate all'individuo in osservazione, che le legge in ragione del contrasto che il bigio ed il nero formano col colore del fondo. Ma siccome vuolsi nello esperimento portare una certa armonia fra l'intensità del colore del fondo e quello delle lettere, così le tavole stesse si presentano ricoperte da dei fogli di carta velina. Questi fogli, come l'esperienza ha dimostrato, possono essere 3 per certi colori, per es., per le tavole a fondo rosso ed arancio, e non possono essere più di 2 per il violetto.

Per fare l'esperienza si prende, suppongo, la tavola rossa ricoperta di 2 fogli velini e si presenta all'individuo in osservazione. Se è daltonico non potrà distinguere nè le lettere nere, nè le bigie E perchè le decifri bisogna diminuire il velamento, riducendo ad un solo foglio la carta soprapposta. Ho supposto di prendere il fondo rosso, perchè di regola si comincia da questa esperienza che è la più decisiva, e poi si passa a ripeterla sulle tavole di altro colore.

Queste tavole del Dott. Pflüger sono commendevolissime, perchè ci danno maniera di ottenere risultati molto esatti, e perchè con queste l'esperienza può essere fatta anche da persone estranee all'arte. E questo loro pregio apparisce maggiore quando pensiamo che tali indagini sulla cecità de' colori debbono essere istituite sopra grandi masse d'individui, come tutto il personale delle ferrovie e dei bastimenti e che sempre il medico non può incaricarsene.

Noi siamo molto lieti di vedere il progresso degli studj di questo genere, ma, non possiamo tacerlo, ci affligge il pensare che qui tra noi passano come studj accademici, a giudicarne da questo, che se ne prende atto per erudizione, ma non se ne fa nostro prò. Ed invero questi studj delicatissimi giungono ora a noi, mentre non abbiamo anche incominciato a praticare quelle più grossolane indagini che da oltre otto anni sono costantemente praticate all'estero.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

SULLA CHERATITIDE DEI MIETITORI

(Società medico-fisica fiorentina).

Nell'ultima adunanza della Società (11 Aprile 1880) il Chiarissimo Prof. Cesare Paoli lesse una nota nell'intendimento di modificare una opinione che il dott. Martin (di Cognac) aveva emessa all'ultimo congresso di Amsterdam. Questi aveva detto che tutta la malignità che si osserva nelle cheratidi, che sorgono nei mietitori in conseguenza di ferite prodotte dalle spighe del grano, era dovuta ad una coesistente dacriorrea o dacriocistitide. Aveva appoggiata la sua affermazione sull'avere egli trovata quasi sempre l'affezione del sacco lacrimale, in oltre un centinaio di feriti che aveva osservati, e nell'aver veduto che se in qualche caso le vie lacrimali erano sane, in questo la cheratite insorta per la ferita era stata benigna. Ne veniva per conseguenza che quando un chirurgo trovasi in presenza di uno di questi feriti può basare il suo pronostico sulla esistenza o mancanza di questo abnorme stato del sacco lacrimale.

Il prof. Paoli contraddice le affermazioni del signor Martin perchè egli ha veduti degli infermi nei quali non era alcuna lesione del sacco lacrimale e che pure avevano avuta la cheratite gravissima in discorso, onde la malignità della cheratite doveva derivarsi tutta dalla presenza nella ferita di piccolissimi fragmenti del corpo feritore che rimangono infitti nel tessuto cheratico. E tanto più di ciò è convinto chè ha potuto determinare cheratidi gravissime che hanno rapidamente distrutto il tessuto, sperimentando su de' conigli ai quali aveva strofinato l'occhio con una spiga di grano. Ora quando un chirurgo volesse dichiarare non grave il suo ferito per la mancanza della dacriocistitide si esporrebbe al più grave disinganno. Queste ferite sono sempre gravissime.

Il dott. Simi replicando al prof. Paoli ammette che le opinioni del signor Martin non sieno interamente accettabili, perchè le cheratitidi delle quali è parola non sono sempre di quella forma alla quale il signor Martin allude, e perchè è vero ed indiscutibile che molti mietitori perdono un occhio per abscesso corneale, dopo una ferita anche lieve, mentre hanno l'integrità assoluta dell'apparecchio lacrimo-nasale. E quindi per questa parte è in accordo col prof. Paoli. Ritiene anche per vero che queste ferite quantunque pochissimo estese e poco profonde sono gravissime più di quanto a tutta prima potrebbesi giudicare, perchè non sono ferite semplici, ma complicate, sovente, dalla presenza del corpo estraneo. Però molte altre ferite complicate egualmente, non sogliono avere così grave andamento clinico; nè la suppurazione di queste ferite dei mietitori è inevitabile o fatale come se si trattasse di un processo svolto per l'influenza di una causa unica o specifica. E molte volte il processo della suppurazione, e l'andamento maligno incomincia dagli orli di una ferita in via di cicatrizzare, e quando i fenomeni irritativi sono cessati per intero, cioè come effetto di una causa nuova; e questa, è l'infezione della ferita. Di modo che il dott. Simi non è nemmeno d'accordo interamente col prof. Paoli, e non ritiene che tutta la malignità della malattia debbasi alla presenza del corpo estraneo. Questa malignità invece devesi ripetere da cagioni diverse: e ciò dev'esser detto perchè, se vi fosse qualche medico poco attento nello studiare i suoi infermi, non abbia modo di trincerarsi dietro la malignità specifica della malattia, ed ivi nascondere la sua negligenza. In alcuni casi la malignità viene per l'infezione, come dice il Martin, ma questa non ha una sola origine, cioè la dacrioblenorrea, sibbene cagioni moltissime e variate. Spesso deve ripetersi dalla complicazione segnalata dal professor Paoli, ed in alcuni casi anche dalla cura poco appropriata che s'intraprende, perchè non si suole da molti medici considerare

abbastanza lo stato dell'organismo e si sogliono fare per inveterata abitudine delle cure controindicate.

Le fatiche alle quali per molti giorni è sottoposto il mietitore, la sua speciale maniera di alimentarsi e il suo bevere eccessivamente, ne conducono l'organismo a tali condizioni d'infralimento che non è meraviglia se il processo nutritivo dei suoi tessuti ne rimane profondamente alterato. E queste condizioni generali danno delle indicazioni terapeutiche precise ed imperiose. Anzi per questa ragione egli non crederebbe che la cheratite prodotta dal prof. Paoli al coniglio, potesse essere riguardata clinicamente eguale a quella alla quale vuolsi paragonare, e quantunque per gli effetti somigliante, non potrebbe accettarsi quale illustrazione dei casi clinici, senza prima discuterla e molto.

Quanto alla cura locale, il medico non la impiega sempre in modo e misura conveniente. Il contadino che torna ferito dal campo ove ebbe la faccia bagnata di sudore, che colò sulle palpebre e sui cigli, la cornea riscaldata dai raggi del sole, le congiuntive piene di polvere, iperemiche e tal volta anche con stato catarrale, ha bisogno di cure speciali. E se non è necessario che sieno precisamente quelle che diconsi antisettiche o asettiche, debbono essere cure di una nettezza che in generale è trascurata. Egli crede che non si possa disconoscere questo fatto della poca nettezza che in generale i malati usano e che i medici non rimproverano loro abbastanza. Viene poi l'uso dell'atropina a furia della quale si pretende di smorzare la malattia; mentre questa sostanza nelle ferite della cornea e specialmente in queste lacero-contuse, è nettamente controindicata. Che se invece si usassero medicinali topici, dalla esperienza dimostrati meno capaci di facilitare l'infiltrazione purulenta della cornea, senza forse il prognostico della malattia si renderebbe assai più lieve. Usando l'eserina invece dell'atropina, si osserva il corso della malattia decorrere con una beni-

gnità poco credibile da chi non ebbe l'occasione di osservarla.

E riportando la questione al punto di partenza conclude che il pronostico di questa malattia ha bisogno di una base più larga di quella che gli assegnano il signor Martin ed il prof. Paoli, e che bisogna considerare di più tutti gli accidenti clinici del caso, e studiarlo specialmente in quegli ammalati che furono sottoposti a quelle maniere di medicatura che corrispondono a tutte le indicazioni.

CURA DELLA CATERATTA SECONDARIA (1)

(Casi pratici)

Per eseguire l'operazione come la consiglia il Prof. Wecker io avrei dovuto compiere un atto chirurgico assai più complicato. Ed invero ecco la operazione del chiarissimo oculista parigino quale è descritta nel suo ultimo libro sulla *Chirurgie oculaire* (Paris. Doin, 1879).

Dopo che si è collocato il divaricatore con la precauzione di non stringer la vite che serve a fissarne le branche, lo si affida all'aiuto che lo mantiene non lasciandogli prendere che una divaricazione mediocre, e sollevandolo in modo da evitare ogni pressione delle palpebre sul globo dell'occhio. L'operatore posto dietro al malato (poichè ordinariamente trattasi d'occhi che hanno subìto l'estrazione in alto) fissa l'occhio presso il diametro inferiore, e introduce il coltello nell'antica cicatrice (nella cicatrice sclerocorneale se è stata praticata l'estrazione a lembo periferico). Avanti di ritirare il coltello s'incurva il manico per modo da portare la punta verso la membrana di Descemet, poi l'operazione viene proseguita diversamente secondo che si hanno delle pinzette a branche ottuse o uno strumento provvisto di bottone (una delle due branche termina con

(1) Cont., V. pag. 125 del *Bollettino*.

una punta tagliente e l'altra con un piccolo bottone). Quando l'operatore si propone di operare con le pinzette ottuse, il coltello non viene ritirato che a due terzi della sua lunghezza, e di poi è di nuovo spinto di un terzo nell'occhio quando dopo lo scolo dell'umore acqueo, la cateratta secondaria si proietta contro la punta del coltello. Questo viene allora rimpiazzato dalle pinzette, delle quali s'introduce una branca attraverso l'apertura che è stata praticata nella cateratta membranosa, mentre l'altra branca sdrucciola in avanti; poi si eseguisce la sezione dando un colpo secco con le forbici che debbono chiudersi presso l'orlo pupillare. Ordinariamente la cateratta si retrae e la ferita si trova allargata dal vitreo che s'interpone, dimodochè non sarebbe facile di dare un secondo colpo di forbici ad angolo sul primo a scopo di formare un triangolo di cui la base si trovasse rivolta verso la sezione corneale.

Se al contrario la retrazione della cateratta secondaria non si operasse in modo bene accentuato, non si avrebbe allora alcuna difficoltà, non solo per eseguire esattamente questa seconda sezione, ma anche per circoscrivere così un lembo compreso fra la ferita orizzontale della cateratta e le due sezioni discendenti che si raggiungono presso l'orlo pupillare: e riesce egualmente facile di estrarre questo lembo mediante pinzette chiuse maneggiandole a guisa di spatola. L'apertura della cornea essendo molto stretta (perchè al bisogno possiamo astenerci dallo sprofondare il coltelletto) la perdita del vitreo sarà tanto più insignificante, secondo che si avrà la fortuna di disporre di un aiuto esperto, che seguendo attentamente le diverse fasi dell'operazione, saprà sollevare con destrezza il divaricatore per opporsi ad ogni pressione sull'occhio e senza avvertimento farà cessare la divaricazione delle palpebre al momento medesimo, in cui l'operatore toglierà in una volta la pinzetta di fissazione e le pinzette forbici.

L'esecuzione della capsulotomía semplice è resa molto

più rapida quando si hanno a disposizione delle pinzette bottonate, poichè qui col coltello introdotto a due terzi della sua lunghezza essendo stato ritirato molto dolcemente gli si sostituiscono immediatamente le pinzette, di cui si divaricano un poco le branche dopo che si è oltrepassato il labbro interno della sezione corneale. Il semplice movimento che si eseguisce conducendo le forbici fino all'orlo pupillare basta perchè il bottone che termina una delle branche, respinga la cateratta verso la branca appuntata delle pinzette dimodochè questa sdrucciola al disotto. Chiudendo allora bruscamente le branche, si ottiene la sezione voluta, alla quale si può aggiungerne una seconda mediante un secondo colpo di pinzetta. Ma in questo processo la doppia sezione dà luogo ad un angolo la di cui punta si trova diretta verso la ferita corneale, mentre la base è rivolta verso l'orlo pupillare. Il lembo triangolare che ne risulta si ritira o si rovescia sotto l'impulso del vitreo che si sparge nella camera anteriore.

Il vitreo non potrebbe in questo caso sfuggire che al momento del ritirare le pinzette, e siccome ordinariamente un colpo solo di queste si mostra sufficiente e si possono allora ritirare simultaneamente tutti gli strumenti nell'istante in cui ha luogo la proiezione del vitreo, ne risulta la possibilità di eseguire la operazione senza la minima uscita del vitreo. »

La riuscita di questa operazione, quando anche l'iride debba essere tagliata, poggia tutta sulla retraibilità dell'iride doppiamente incisa, di maniera tale che se l'iride avesse in conseguenza delle alterazioni del suo tessuto o per le aderenze contratte perduta questa facoltà, l'operazione resterebbe senza effetto e la soluzione di continuo praticata non divaricando i suoi orli, la pupilla artificiale non sarebbe costituita. In tal caso converrebbe ricorrere ad un altro modo di operazione della quale ora qui non deve essere discorso. Ma questa condizione della retraibilità dell'iride non è meno imperiosa quando praticasi la

operazione dal Prof. Gradenigo, anzi può quasi sembrare che lo possa essere anche di più. Nel caso qual'era quello sopra descritto, questo inconveniente non poteva temersi, sia perchè il tessuto irideo era poco alterato, sia perchè dovevasi incidere lo sfintere: dico non poteva temersi che una volta fatta la incisione potesse mancare la divaricazione dei lembi, quindi per questo lato non vi era il bisogno di ricorrere alla operazione che avesse il *maximum* dell'effetto, come io considero appunto quello del Wecker.

L'operazione del Wecker può compiersi qualunque sia l'ampiezza della camera anteriore, perchè quest'ampiezza è indifferente durante il primo tempo, cioè durante la infizione. La cornea e l'iride dovendo essere tutte e due tagliate in una volta, sieno pure fra loro vicine o lontane non recano all'operatore nessuno imbarazzo. Non è così nella operazione del Gradenigo. In questa necessitando percorrere con lo strumento appuntato una larga estensione della camera anteriore, incontransi seri ostacoli, e talora invincibili, quante volte la camera anteriore manchi o sia notevolmente ristretta. Nel mio caso, (circostanza che più alto dimenticai di notare), si aveva una camera anteriore amplia quasi quanto nelle condizioni normali, onde anche per questo lato non mi appariva nessuna necessità di mettere in disparte quella che mi pareva la operazione più semplice e più facile.

(Continua). S.

RIVISTE

Nel numero precedente ove si parla della cura fatta dal Prof. Dor in un caso di ottalmia blenorragica, bisogna aggiungere questo periodo che fu tralasciato:

« Per altro non conviene disconoscere che contemporaneamente all'uso del valido antiseptico, il signor Dor ha impiegato anche il tannino, e tale medicamento ha certo un' azione topica tale da rendere difficile il giudicare

esattamente quanta sia stata l'utilità del benzoato di soda. Ma qualunque sia per essere la virtù singola dei due medicamenti, rimane il fatto che dal loro insieme si è ottenuta una guarigione che con altre medicature, come ho detto sopra, non si sarebbe con eguale facilità potuto ottenere. »

---

1. **Ottalmia gonoroica.** Cura del prof. CRITCHETT.

A pagina 71 del *Bollettino* riferimmo in succinto un modo di cura dal Critchett usato in un caso di ottalmia gonorroica. Ora crediamo bene di mettere sott'occhio ai nostri lettori la storia del caso come l'abbiamo trovata nel *Lancet* (3 aprile 1880). È il signor Critchett che parla.

« Luisa C. di due anni e mezzo mi fu portata all'ospedale di Middlesex il 15 maggio 1875. L'occhio sinistro offriva le apparenze di ottalmia gonorroica acuta e le circostanze collaterali confermarono la diagnosi poichè la bambina aveva un profuso scolo giallo dalla vagina, considerevole enfiagione e irritazione del canale vaginale. Le palpebre erano di un rosso acceso e molto enfiate e tanto infiltrate che anche, allorchè la bambina fu sottoposta all'influenza di un anestetico non si poterone divaricare in modo da accertare lo stato della cornea. Una materia gialla e piuttosto densa era essudata dalle palpebre. A giudicarne dalla passata esperienza vedendo l'estrema acutezza e severità dei sintomi, la difficoltà nel divaricare le palpebre o di scoprire la cornea e la impossibilità di mettere qualsiasi soluzione in contatto con la superficie congiuntivale, abbandonai ogni speranza di salvare la vista. Mai nel corso della mia esperienza ho veduto da tàli condizioni altro resultato fuorchè la distruzione totale dell'occhio. In tale stato di cose decisi di adottare un processo un po'eroico e nuovo che non è stato, io credo, anche pubblicato. Passai una piccola tenta scannellata di argento sotto la palpebra superiore e la spinsi fino all'orlo dell'orbita, alla quale la tenni appoggiata e poi con un piccolo bisturì aguzzo, divisi completamente la palpebra perpendicolarmente fino al margine del ciglio. Onde scoprire più completamente la cornea separai i due angoli del tarso diviso e lo fissai con suture fini alla pelle del sopracciglio. La cornea apparve, non ulcerata, ma era sepolta dalla congiuntiva ecchimosata. L'immediato effetto di questo processo fu di diminuire il rossore e l'enfiagione delle palpebre e della membrana congiuntivale e di scoprire interamente la superficie. Nella cura consecutiva, venni assistito dal chirurgo Dicon che eseguì le mie istruzioni con grande cura ed abilità. Una soluzione di nitrato d'argento, grammi 1,50 su 30 grammi d'acqua, fu sparsa sulla intera congiuntiva tre volte al giorno, l'occhio fu frequentemente ripulito e lavato con soluzione di allume, $^1/_2$ gr. per 30, e un pezzo di tela bagnato in quella soluzione vi fu costantemente tenuto

applicato. Questa cura continuò per un mese, e i sintomi si fecero gradualmente più leggieri, allora si sostituì una soluzione più debole ed alla fine di sei settimane dopo il principio della cura, l'occhio era guarito e la cornea era perfettamente chiara e sana.

Al termine di altri quindici giorni la bambina fu di nuovo sottoposta all'influenza di un anestetico, e quindi previo rinfrescamento degli orli della palpebra divisa praticai l'opportuna sutura. L'operazione di ricucirli fu felice, la deformità è leggerissima e la palpebra compie perfettamente le sue funzioni.

Posso aggiungere che durante la prima parte della cura l'altro occhio fu tenuto diligentemente chiuso con bende, per impedire il rischio della inoculazione.

A taluno questo nuovo processo sembrerà troppo audace e severo; ma ebbe almeno il merito del successo. Ogni caso di ottalmia gonorroica, resultato di un contagio diretto, è stato così uniformemente accompagnato dalla perdita dell'occhio affetto che io adotterei certamente il mio processo in altre occasioni e lo raccomando all'attenzione dei medici. Sembra che corrisponda ad ogni indicazione; libera dalla tensione immediata e dallo strangolamento da cui è minacciata la cornea, permette la libera uscita alle materie e mette il chirurgo in grado di fare uso completo di rimedi caustici ed astringenti mentre la leggiera cicatrice della palpebra che ne deriva è piccol prezzo che si paga per un occhio salvato.

2. Ferita del globo nella regione ciliare e guarigione con visione perfetta.

Il caso seguente è riportato da M.r G. Machinsloy ed appartiene al Dott. Macnamara. F. B. di ventidue anni, lattivendola, stappava una bottiglia di acqua di soda la notte del 13 luglio decorso, quando la bottiglia scoppiò e l'occhio sinistro venne colpito da un pezzo di vetro rotto. Fu chiamato un medico che l'assistè in quella notte e nel giorno dipoi. Il 17 la paziente entrò nell'ospedale sotto la cura del signor Macnamara. La condizione dell'occhio sinistro era questa: Una ferita attraverso la congiuntiva e la sclerotica, lunga un quarto di pollice, in direzione orizzontale e che cominciava al margine esterno della cornea appunto all'equatore; la ferita era aperta e il corpo ciliare e la coroide erano scoperti e sporgevano nella ferita; vi era pure una ferita più piccola, una linea per lunghezza che si estendeva in giù e un poco infuori dal margine corneale appunto nel luogo, dove cominciava la ferita più grande. La ferita più piccola non era così profonda come l'altra, il globo era un poco iniettato alla metà esterna e la paziente asseriva di aver talvolta dolore nell'occhio. Il signor Macnamara ordinò che venissero applicate compresse fredde.

Il giorno dipoi il dolore era diminuito; il freddo e la fasciatura furono

continuati. La ragazza ebbe aumento di dolore nella notte del 19, e il signor Martin chirurgo, le diede una dose d'idrato di cloralio. La notte dipoi il dolore fu più intenso e la bevanda di cloralio non lo calmò che poco. Nel giorno 21 il signor Martin praticò una iniezione ipodermica di morfina (0^{gr}. 0015) questa calmò moltissimo il dolore. La ferita più bassa andava risanando e la più grande non era più così aperta. Il 21 la lacrimazione dell'occhio destro era cessata, e quella del sinistro era pochissima. Vi era un poco d'iniezione del globo vicino alla ferita. La ferita più bassa era interamente risanata e la superiore si chiudeva bene. Non vi era dolore nè fotofobia. La paziente venne licenziata.

Il 22 ottobre (quattordici settimane dopo avvenuto il caso) la paziente lasciò l'ospedale. Conservava una macchietta triangolare di color giallo scuro, leggermente vascolare nel luogo della ferita con la base verso la cornea, sul cui lembo si distendeva un poco. La paziente asserì di non averne incomodo e di avere la vista buona come prima. Fu esaminata la visione, ed il N. 6 di Jaeger fu letto rapidamente a distanza normale.

3. Tenonite metastatica nella difterite.

Il dottor Alberto Hegl oculista americano prendendo a base un caso pratico che ebbe occasione di osservare nell'agosto del 1879, richiama molto a proposito l'attenzione dei clinici sulla infiammazione della membrana tenoniana nella difterite.

Il caso su per giù è questo: Un uomo di 33 anni fu preso dalla difterite; dopo una settimana ebbe un gonfio lungo il muscolo sterno-cleido-mastoideo sinistro e simultaneamente esoftalmo dal medesimo lato. Quest'occhio aveva la congiuntiva rossa e chemotica; la pupilla tanto ristretta che avrebbe impedito l'esame del fondo oculare senza l'uso dell'atropina. I mezzi oculari erano chiari ed il fondo oculare normale, se si tolga un poco d'indecisione negli orli della pupilla. Quest'occhio guarì perfettamente in quattro mesi.

Ora ecco le considerazioni che ne fa l'autore. In prima convien fissar bene le cose e quindi bisogna fare una diagnosi di eliminazione fra la flogosi del cellulare orbitario, fra la trombosi dei seni cavernosi e la capsulite tenoniana. La flogosi del cellulare orbitario che parrebbe probabile pensando che l'esoftalmo venne quando si manifestò l'infiammazione acuta dei gangli linfatici cervicali, è malattia che ha per terminazione ordinaria la suppurazione; invece nel caso in discorso si ebbe la risoluzione.

2° La trombosi viene esclusa egualmente perchè in questa condizione noi troviamo un esoftalmo rapidamente crescente e pulsante così da simulare un aneurisma orbitario; vediamo turgide le vene frontali e angolari; il corso lento del male è escluso.

3° Rimane la ipotesi della capsulite. La capsula del tenone è da consi-

derarsi come un sacco linfatico che racchiude gran parte del globo oculare. L'occhio ha un duplice sistema linfatico, uno anteriore che riceve i linfatici della congiuntiva delle palpebre della cornea e delle parti anteriori della sclerotica, l'altro posteriore che include appunto lo spazio di Tenone.

Lasciando stare del primo, il secondo ha le seguenti particolarità interessanti per noi. Consiste in una quantità di spazi linfatici comunicanti fra loro e con gli spazi linfatici del cervello. E così, come noi sappiamo, lo spazio intravaginale del nervo ottico, il sopra vaginale, il perineurale, il pericoroidale e finalmente quello di Tenone costituiscono gli elementi di questo sistema linfatico posteriore. E sappiamo che iniettando lo spazio pericoroidale ovvero quello sopravaginale possiamo riempire la cavità di Tenone, come è provato che attraverso lo spazio sopravaginale passano liquidi che vengono dagli spazi linfatici del cranio o dai vasi linfatici del collo. Ciò detto, l'A. spiega facilmente il suo caso. Dalla difterite, ripete l'infiammazione delle glandule linfatiche cervicali e dà queste l'infiammazione della capsula di Tenone. (*The Américan Journal*, Aprile 1880).

4. **Un caso di tetano provocato dalla presenza di un corpo estraneo nel sacco congiuntivale.**

Il dottor Samelsohn di Colonia racconta un caso straordinario di tetano sopravvenuto all'irritazione prodotta da un piccolo pezzo di legno annidatosi nel sacco congiuntivale. Gli spasmi che cominciarono nella palpebra passarono dopo qualche giorno agli altri muscoli faciali della stessa parte ed occuparono i muscoli del tronco, ed ambedue le estremità inferiori, dimodochè sei giorni dopo l'estrazione del corpo estraneo il paziente era in istato di tetano generale completo. Quando egli si presentò per la prima volta parve al dottor Semelsohn che la compressione dei punti d'ingresso dei nervi sopra e infra-orbitale diminuisse il blefaro-spasmo, e suggerì la nevrotomia, a cui però il paziente non acconsentì. La stessa compressione non ebbe effetto dopo che il tetano fu sviluppato completamente e per alcun tempo la prognosi fu incerta. Però il paziente si riebbe lentamente, poichè le contrazioni tetaniche scomparvero in ordine inverso del loro apparire.

5. **Nuovo metodo di eseguire la sclerotomia.**

Il dottor Giorgio Martin (*Annales d'Oculistique*, Novembre-Décembre 1879), considera come poco soddisfacenti tutti i modi comunemente adoperati nel praticare la sclerotomia. La grande incisione sclerale nella operazione di Quaglino, ad onta dell'eserina è spesso seguìta da ernia dell'iride mentre le sezioni sottocongiuntivali raccomandate da Bader e da Spencer Watson, sono spesso seguite da staffiloma. Le doppie incisioni praticate da De Wecher e da Jaeger di Vienna sono troppo difficili per

essere usate comunemente. Per ovviare a questi inconvenienti l'A. propone di vuotare la camera anteriore più lentamente che sia possibile e come si fa nella paracentesi con l'ago di Desmarres. L'A. vuole si ponga l'ago a un millimetro o due dal contorno della cornea. Se l'ago è tenuto parallelo all'iride, la puntura può farsi con massima facilità e senza bisogno di strumenti di fissazione. La ferita può quindi essere ingrandita con piccoli colpi di forbice curve, fino a che l'incisione non abbia la voluta grandezza dei sei o sette millimetri. Avanti e dopo l'operazione l'A. adopera l'eserina. L'A. crede che il suo metodo diminuisca il pericolo del prolasso irideo e della emorragia intraoculare; ma è raccomandabile soltanto quando il tessuto dell'iride sia normale e quando reagisca agli stimoli miotici.

6. **I libri scolastici e la miopia,** per Javal.

Nella seduta del 23 marzo l'*Académie de Médecine* ha udito il rapporto che Mr M. Perrin fece sopra il lavoro del signor Javal. Il relatore disse: Siamo generalmente d'accordo nel riconoscere che i fanciulli non nascono miopi ma soltanto disposti alla miopia, e che questa sia accidentale o ereditaria, ed attribuibile ad un difetto di resistenza del guscio oculare, ad una morbosa irritazione della membrana vascolare, ad uno stato anormale dell'apparecchio della accomodazione ed infine ad un difetto primordiale nell'equilibrio delle potenze motrici del bulbo oculare, si sviluppa sotto l'azione simultanea degli sforzi di convergenza e di accomodazione esagerata o per troppo tempo sostenuta.

L'igiene, in riguardo alla predisposizione, deve dunque essenzialmente regolare il lavoro della convergenza e della accomodazione, in altri termini, deve impedire all'occhio di guardare troppo da vicino.

Per raggiungere questo scopo necessitano tre condizioni principali: La prima, che l'acutezza visiva sia sufficiente, poi che l'illuminazione sia buona, ed infine che l'oggetto del lavoro, cioè i *libri di classe* siano bene stampati e con caratteri che sorpassino il *minimum della leggibilità*. Javal si è limitato allo studio di quest'ultima condizione; ma il relatore va più oltre e studia anche le altre due.

Dice quali sieno le condizioni di una buona illuminazione: dice anche quali reputa i migliori caratteri per stampare i libri, ma osserva che tutto ciò non basta, e crede convenire che l'attitudine degli allievi predisposti alla miopia sia attivamente sorvegliata per impedire loro di avvicinarsi troppo al libro e di incurvarsi nello scrivere. Ormai si conosce che il miope e chi sta per divenir tale si avvicina al libro più che non gli sarebbe necessario. Essi desiderano di veder molto da vicino, e può dirsi che questa cattiva tendenza, qualunque siane la cagione, costituisce la più grande difficoltà che trovasi da vincere per poter arrestare l'aumento del

numero dei miopi. Qualche cosa a questo riguardo si è fatto: cambiamento nella mobilia della scuola, aggiustamento delle panche e dei tavolini, sorveglianza attenta. Ma vi è da fare dell'altro. Bisogna aver delle tavole con meccanismi che impediscano a certi ragazzi di avvicinarsi oltre misura. Del pari necessita, in ogni scuola o pensionato, una sorveglianza attiva che regoli la illuminazione della stanza ed osservi l'attitudine degli scolari. Nè può farsi a meno di una direzione medica competente la quale al principio di ogni anno determini lo stato della vista di ciascuno scolare, gl'imponga gli occhiali necessari e si assicuri con ispezioni frequenti ed improvvise che le misure prescritte siano praticate.

7. **Trapiantazione di un ciglio nella cornea.**

Il dottor F. Morano racconta, nel suo *Giornale delle malattie degli occhi,* di avere visitato un certo G. Sauro di Napoli, nell'occhio sinistro del quale, occhio che aveva cheratoectasia e panno con macchia cicatriziale centrale, erasi trapiantato un pelo cigliare. Il pelo sporgeva circa 2 mm., fu reciso e dopo 20 giorni tornò lungo come prima.

8. **Ottalmia simpatica dopo l'escisione del globo oculare.**

Nell'adunanza ordinaria della Società clinica di Londra fu data lettura dal signor dottor Nettleship di alcuni casi interessanti di ottalmia simpatica succeduta alla escisione del globo dell'occhio. Questi casi nei quali l'ottalmia simpatica erasi presentata tre settimane dopo l'escisione erano tre. Nel primo di questi l'escisione era stata praticata, trattandosi di un occhio atrofizzato con cateratta molle ed opacità corneale che aveva tenuto dietro alla ottalmia purulenta. Ventidue giorni dopo nell'occhio sinistro vi fu un poco d'intorbidamento visivo che andò crescendo. Ne avvenne una nevro-retinite accompagnata da iridociclite e glaucoma cronico. La iridettomia non diminuì che scarsamente la tensione del globo oculare, e ne successe la cecità permanente. Nel secondo caso trattavasi di rottura del globo oculare sinistro in conseguenza di un colpo. La ferita di mediocre estensione fu ricucita mediante una sola sutura e si applicarono compresse con ghiaccio. Ma venne l'infiammazione e diciannove giorni dopo la disgrazia, convenne ricorrere alla escisione. Ventinove giorni dopo questa si presentò una irite acuta all'occhio destro e quindi un distacco di retina, la visione ne fu alterata; ma in seguito si ottenne la guarigione. Il terzo caso era di escisione per ferita del globo oculare, avvenuta ventiquattro giorni prima. Venticinque giorni dopo l'operazione, l'altro occhio cominciò ad infiammarsi e la visione ne fu per sempre alterata; ma non completamente perduta. Il signor Nettleship osservava di aver trovato le note di sei casi pubblicati, in uno dei quali la ottalmia si presentò nell'occhio sano cinque giorni dopo la escisione dell'altro; negli altri erasi

presentata tre, otto, quindici e quarantun giorni dopo. Egli non credeva doversi la ottalmia attribuire alla operazione, sibbene alla malattia originaria; è da notarsi che in otto casi si ebbero sei guarigioni. Questi casi confermavano a parer suo la necessità di enucleare per tempo l'occhio privo di un grado di vista utile, che offrisse probabilità di provocare la malattia simpatica.

Il signor Spencer Watson chiese se gli occhi che s'infiammarono non erano prima stati malati: questo sembrava probabile nel primo caso. Egli credeva che da questi casi si rilevasse quanto sia importante la diligenza nella cura consecutiva dell'escisione dell'occhio; ma asserì di non aver mai incontrato un caso di ottalmia che potesse venire attribuita alla operazione. Il signor Nettleship soggiunse che non credeva che nel suo primo caso l'occhio sinistro fosse ammalato, dappoichè la cateratta del primo era dipesa da perforazione della cornea. (*The Lancet*).

9. **Iridoremia, o assenza congenita dell'iride.** — (*Dal giornale di* GALEZOWSKI).

Il 31 luglio del passato anno si presentò al signor Galezowski certa Olimpia Leflèvre, di 48 anni, chiedendo il soccorso per una cecità assoluta dell'occhio destro, venuta progressivamente in questi ultimi anni, e un'incipiente diminuzione di acutezza visiva del sinistro. Si trattava di cateratte; ma la sorpresa che egli ebbe a guardare quegli occhi fu nel trovare due enormi pupille: guarda meglio, e constata l'assenza dell'iride, della quale non se ne trovava che un segmento appena apprezzabile alla parte superiore interna in tutte e due gli occhi. L'ammalata disse che questo stato dei suoi occhi era congenito e ereditario; e che tutta la sua famiglia ha presentato questo fenomeno fin dalla nascita: la prima fu sua madre, poi undici figli, di cui tre sole femmine avean sopravvissuto; cioè l'ammalata stessa e due sue sorelle; la sorella maggiore, narra l'Olimpia, che ebbe parecchi figli, e di quelli che essa conobbe, tutti erano senza iride, che la seconda sorella ne aveva avuti 12, tutti senza iride; e due soli sopravvivevano, che si poteva anche constatare il fatto; e che lei stessa aveva avuti due figli pure senza iride, i quali poi morirono. Ecco un esempio bellissimo di iridoremia assoluta in tre generazioni, in 26 persone, senza contare i figli della sorella maggiore. G. DANESI.

10. **Anoftalmia, o assenza congenita completa di un occhio.** — (Dallo stesso giornale).

Il signor Galezowski riporta tre osservazioni di questo caso pure raro abbastanza: la prima su un neonato di 10 giorni, portato a lui per un'ottalmia purulenta all'occhio sinistro: l'occhio destro mancava: le palpebre erano aderenti alle parti sottostanti, e col loro infossamento nell'orbita, davano esse pure chiaro indizio della mancanza del globo oculare: la se-

conda su una bambina di 9 anni; questa pure era nata senza l'occhio sinistro: qui le palpebre erano liberissime. L'A. inclina a credere che questa anomalia di sviluppo si possa sospettare trovarsi in rapporto coll'afflizione e col patema d'animo che la madre durante la gravidanza ebbe a provare nell'osservare altri figli privati della vista e anche del globo oculare a causa della sofferta ottalmia dei neonati: la terza osservazione fu fatta su una bambina di 24 giorni: questa aveva l'anoftalmia all'occhio diritto. Anche qui si racconta dal padre che sua moglie, su i primi della gravidanza, si spaventava un giorno al vedere una bambina d'una sua vicina, presa da convulsioni epilettiformi; durante le quali però ciò che le avea fatto più impressione era stato il veder gli occhi di quella convulsionaria, i quali venivano girati così forte in alto, che parevano scomparire dalle occhiaie. Sono supposizioni, ma tutt'altro che spregevoli.

G. Danesi.

11. Nevro-retinite con fenomeni cerebrali, seguita da guarigione, di M. Romiée. — (*Gazzetta d' ottalmologia*).

L'A. prima di entrare in argomento, ci rinfresca la memoria del fatto, che la nevro-retinite, o nevrite ottica, mercè i grandi servigi dell'ottalmoscopia si è potuto prenderla a criterio di diagnosi di molte malattie e cerebrali, e renali, e vasali; e non solo di malattie locali, ma generali, costituzionali: e tutto ciò per le differenze caratteristiche, che essa presenta in ciascun caso. Aggiunge poi se la nevrite ottica è spesso un sintomo di malattia più o meno lontana dall'organo della visione, non manca talora d'essere idiopatica, sviluppandosi dietro una insolazione (Panas), o un troppo forte riverbero di viva luce (Brier), o i disturbi della mestruazione (Meyer), o l'affaticarsi soverchio della vista, come per es., in una ipermetropia non corretta, o dietro un raffreddamento del corpo, o contusioni alla testa, ecc. L'A. quindi passa a delineare a grandi tratti l'immagine ottalmoscopica quale a noi si offre nei differenti casi. Viene poi a dire che il prognostico in generale è infausto, fatte alcune eccezioni, come nel caso della nevrite specifica, della nevrite per insolazione, per alcoolismo, per disturbi mestruali, e quella da irritazione spinale, concludendo, colla solita formula, che nella nevrite ottica il pericolo è inerente alla natura delle malattie che la producono. E che nonostante da tutti si riconosca grave quasi in un modo assoluto il prognostico anche della nevrite sintomatica, pure egli vide sfuggire a questo grave giudizio un tale che ne era affetto. Ed ora finalmente il signor Romiée si fa a narrare il caso fortunato. Dirò in breve che si trattava d'un tale, di 17 anni, ben costituito, di temperamento sanguigno, proveniente da genitori sani, ma avente un'aria di ebete; e nel tempo che (24 aprile 1875) diminuisce in lui la visione (non vede più che il N. 5 1/2 della scala di Snellen) lo at-

tacca una grave cefalalgia. Ecco lo stato de' suoi occhi: iniezione pericheratica; grande mobilità nelle iridi; all' ottalmoscopio: vene tumefatte, arterie sottili: le papille prominenti edematose tutte intorno; e per l'edema ne sono invisibili i contorni. L'A. prescrive un grammo di calomelano da darsi a più riprese in giornata, delle frizioni derivative alla fronte e alle tempie, piediluvi senapati; riposo assoluto degli occhi; regime dietetico leggero. Le condizioni degli occhi andarono lentamente migliorando; ma quell' aria stupida e la cefalalgia s' accentuavano invece sempre più: quando il 30 d'aprile s' aggiunge la paralisi completa del lato destro della faccia. Si fa consulto e si ammette essere la nevrite sintomatica di un tumore cerebrale (sulla natura non si fa parola): e qui giova notare che non v' era mai stata febbre, nè v' era allora. Si modifica quindi anche la cura; si prescrivono 2 grammi di ioduro di potassio al giorno; si pone alla nuca un largo vessicante, e si seguitano i bagni senapati ai piedi. Di miglioramento in miglioramento tutto si dileguò e la paralisi e la cefalalgia e la stupidità (*e il tumor cerebrale*, tutto questo dall' aprile al maggio); e quanto agli occhi a poco alla volta finì che non ci rimase più traccia alcuna della suespressa nevrite. *Le 6 août*, dice egli, *l'ophtalmoscope révèle deux taches noirâtres à l'œil droit et quelques petites taches grisâtres aux deux yeux.*

Le 12 janvier 1878 je revois le malade dans un état de santé excellent: le fond des yeux est absolument normal.

In questo caso (con buona pace dell' A), per me, consiglierei i miei colleghi a non accettare la diagnosi di « nevrite ottica sintomatica di tumore cerebrale » senza benefizio d' inventario. **G. Danesi.**

Libri ricevuti in dono

De la cecité des couleurs dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine, par Holmgran. — Bibliografie pel Dott. E. Velardi, Napoli 1880.

Troisième rapport annuel de la clinique ophtalmologique, de Mr. le Prof. Dott. Dor, Lyon 1880.

López-Ocanna. — *Monografia sobre las inflamaciones del iris*, Madrid 1880.

Ueber hypnotische Farbenblindheit mit accommodationskrampf und über Methoden, nur das Ange per hypnotisiren. Von Prof. H. Cohn, Breslau.

Das Verschwinden der Farbenblindheit beim Erwärmen eines Anges. Von Prof. Coln, Breslau.

Morano Prof. Francesco. — *Intorno ai lavori più recenti sul Daltonismo.* (Dal *Gior. delle mal. degli occhi*, Aprile 1880).

NB. In un prossimo fascicolo renderemo conto dei lavori del Sig Cohn.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

DACRIOCISTITIDE E RINITIDE

Non vi ha argomento di patologia oculare più vecchio di quello che riferiscesi alle malattie delle vie lacrimali e più specialmente alle malattie del sacco lacrimale e del canale nasale. Pur tuttavia non potrebbesi sostenere che il medesimo argomento sia stato diffusamente ed a sufficienza discusso perchè, se ben riflettiamo, di leggeri possiamo avvederci che molti studi furono ripetuti, o dirò così accumulati sopra un punto od un altro dell'argomento stesso, lasciandone non pochi da parte quasi come se non fossero meritevoli di seria attenzione. Ed è per questo che tale argomento non è certamente esaurito, e se in taluni punti è quasi logoro in altri apparisce quasi nuovo ed intatto.

Quanto io dico è saputo da tutti; nè soltanto saputo ma predicato, perchè ogni giorno ciascuno ne trova il ricordo ne' risultati delle sue medicature che sono o difficili, o troppo laboriose od interamente insufficienti. È noto che la terapeutica sta alla nosologia in un rapporto molto prossimo a quello della così detta *riprova* alle elementari operazioni dell'aritmetica.

Ora io penso che uno dei punti più trascurati dai pratici e perciò più oscuri delle affezioni in discorso, sia quello della *etiologia*.

Prendendo per punto di partenza la fistola del sacco lacrimale, in un tempo trascorso da molto, si risaliva a considerarla come un effetto del tumore lacrimale, ed il tumore lacrimale come quello di una dacriocistitide. La dacriocistitide poi era la conseguenza, e talora anche la causa di ristringimento delle vie delle lacrime. Su questi ristringimenti si fermò, come non lo ignora nessuno, l'attenzione di tutti, sia che studiassero l'evoluzione del tumore lacrimale e della fistola del sacco, sia che ricercassero una ma-

niera di cura razionale di questi. In ognuna di queste malattie si ammise un ristringimento, e quindi in ognuna si consigliò una dilatazione. Per spiegar poi come la flogosi avvenisse ci si comportò in varia maniera. È vero che si ammise una dacriocistitide derivata per diffusione di processo morboso eguale esistente nelle fosse nasali o nella congiuntiva, che si parlò della possibilità che fosse destata per il trasporto fatto dalle lacrime di materiali irritanti di una o di altra ragione, ma ove ci si posò maggiormente fu sul fatto del ristringimento, che prese tanta importanza da distogliere i pratici dallo studio di tutto ciò che di morboso, prima di questo, fosse stato nel sacco lacrimale. E ciò fu dannoso per la conoscenza della cosa, perchè ne portò a delle distinzioni artificiose. Nè poteva essere altrimenti quando si prendeva a base di studio un prodotto secondario del male, invece della lesione elementare e primitiva. E la terapeutica ne risentì danno per contraccolpo, perchè venne fatta poca attenzione al modo di curare le malattie del sacco lacrimale e del canale nasale fin che perduravano in quel loro periodo nel quale si può trionfarne con cure mediche, e si trascurarono lasciandole arrivare al punto nel quale rimanere inoperosi non si poteva più, e nel quale si erano formate delle alterazioni anatomiche vincibili soltanto chirurgicamente. Ovvero per mancanza di un conveniente studio clinico s'impiegò la cura chirurgica anco ne' casi nei quali la medica sarebbe stata sufficiente. Ed avvenne come se studiando le malattie dell'uretra si cominciasse a fermare l'attenzione sopra i disturbi della funzione escretoria della orina che fosse l'effetto dei ristringimenti che si determinano per una uretrite trascurata, e non si desse importanza a tutto il processo flogistico che precedette la formazione dello stringimento del canale. Ora in simile caso incominciando lo studio dalla iscuria quale proviene dallo stringimento che il lume uretrale ha subìto, non si verrebbe alla conseguenza di tra-

scurare la cura della uretritide, e di riserbarsi soltanto il compenso meccanico contro le sue conseguenze? Voglio dire che nelle malattie delle vie lacrimali 99 % si trova un ristringimento, perchè si aspetta che si sia formato prima di incominciare la cura, e porre un argine alla malattia finchè sia ne'suoi primi stadi. Il fatto è chiaro e non importa dirne di più. E com'era, per non dir altro, strano che un tempo non si curassero le malattie del sacco lacrimale finchè le condizioni dei tessuti non fossero giunte ad una gravezza da giustificare una operazione grave quale l'estirpazione del sacco e l'applicazione della cannula del Dupuytren o del chiodo di Scarpa, del pari sarebbe strano che oggi non si pensasse a procedere con una terapeutica attiva contro quel processo che conduce al ristringimento. Scientificamente sarebbe il medesimo errore, ed in pratica soltanto meno grave il secondo, perchè il malato lo sconta con meno dolore e con una operazione di conseguenze molto più lievi.

Il primo fatto che indica l'alterata funzionalità delle vie lacrimali è lo stillicidio delle lacrime; e questo può avere proporzioni diverse ma è necessario. Ed è dallo studio del medesimo che incomincia il nostro argomento, od a parlare più esattamente, detto studio deve prendere le mosse dal meccanismo onde lo stillicidio procede e dalla sua etiologia. Senza andar molto per le lunghe faremo osservare che in generale gli ammalati ci raccontano che i loro occhi incominciarono a lacrimare assai tempo innanzi quello nel quale ci consultano (1, 2 o più anni) e taluno si rammenta che l'inizio della lacrimazione fu in coincidenza con una od altra varietà di *Rinitide.* E così per esempio ci sentiamo raccontare che la lacrimazione incominciò durante la rosolia, la scarlattina od il vaiuolo, quando cioè si formò quella forma di corizza che appartiene a questi morbi eruttivi, e nei quali corrisponde a conosciute lesioni nasali.

Altri ci dirà che prima di soffrire della lacrimazione ebbe una corizza pseudo-membranosa, ed altri ci saprà pur

ridire che ebbe in precedenza qualche forte catarro volgare delle narici. La quale ultima circostanza però facilmente è dimenticata perchè a molti accade di non tenere a mente o far caso di un semplice *raffreddore di testa.*

Vengono poi in scena le corizze croniche, tanto semplici, quanto ulcerose (ozena) delle quali le prime talune volte hanno una sintomatologia così ristretta e tutta locale che non richiama davvero l'attenzione dell'ammalato e qualche volta nemmeno quella del medico.

Ora io vorrei sapere (e qualche medico che abbia molta pratica nelle malattie del naso potrebbe dirmelo) se queste corizze acute o croniche non sieno il punto di partenza delle lesioni dell'apparecchio dacrio-nasale in quasi che tutti gli esempi che ci si mostrano, sia determinando direttamente la lesione in discorso, sia dando luogo a *Rinoliti,* o destando lesioni nell'apparecchio scheletrico, o producendo ristringimenti ecc., ecc.

Io non negherò già che il sacco lacrimale possa infiammarsi primitivamente. Gli esempi non mancano per impedirci di negare un fatto simile; ma sono di credere che la cosa sia estremamente rara. Anzi mi pare di poterlo limitare al caso della presenza nel medesimo di qualche corpo estraneo di una o di altra ragione, ed al caso di una irritazione portata sulla sua muccosa da qualche agente chimico. Ed in quest'ultimo io segnatamente prendo in considerazione certe sostanze medicamentose che instillate nel sacco congiuntivale ponno penetrare nel sacco ed infiammarlo, come vi considero il catarro congiuntivale. Questo fatto ultimo però è rarissimo per quanto mi pare, e l'altro non può dirsi frequente perchè in più migliaia di malati affetti da catarro congiuntivale semplice, per tracoma ecc. ecc. ho visto soltanto poche volte la dacriocistitide, quantunque qui potesse agire ed il secreto della congiuntiva ed il medicamento irritante che in simili casi si adopera e potente e lungamente.

Lo Scarpa parlò molto della dacriocistitide provocata dalla introduzione nel sacco di un liquido lacrimale alterato, e descrisse un'alterazione della muccosa congiuntivale che vi corrispondeva. Ma evidentemente Egli dette troppa estensione al fatto, e per di più prese per causa ciò che era un effetto. Ed invero noi oggi dobbiamo considerare la congiuntivitide lieve che si sviluppa nella porzione del solco oculo-palpebrale e sulla palpebra inferiore, come un effetto della disturbata escrezione delle lacrime. Non è possibile far derivare questo da quella.

Forse si potrebbe trovare la ragione di questo raro destarsi la dacriocistitide dalla congiuntivitide, ma a me basta avere accennato il fatto, ed aver detto che è rarissimo in confronto del numero degli ammalati nelle vie lacrimali.

Ed egualmente qui non è il luogo di parlare di quelle dacriocistitidi che si debbono ripetere da lesioni primitivamente ubicate nella parte scheletrica più direttamente in rapporto col sacco e col canale nasale. Tali sono delle eccezioni.

Sicchè da una parte pensando che quasi tutti gli ammalati soffersero in antecedenza ed hanno in attualità qualche affezione nasale, e che dall'altra pochi son quelli che mostrano la malattia destata per dato e fatto di precedenti lesioni della congiuntiva, o che videro sorgere la malattia primitivamente nel sacco, parrebbe dovesse trarsene la conclusione seguente: che convenga dare alla corizza un' attenzione maggiore di quella che gli si accorda comunemente, e nei casi recenti, si debba medicare la cavità nasale con mezzi appropriati, istituendo una cura basata sullo studio delle condizioni anatomo-patologiche della Schneideriana, quali oggi può rivelare il rinoscopio. E ciò convenga di fare, invece di tormentare il sacco lacrimale, ed il canale nasale con inutili esplorazioni, o dirigere nel medesimo dei medicamenti che non hanno efficacia veruna, e forse danneggiano per la loro azione meccanica o chimica. Che se in questi casi sul sacco

una cura deve farsi, essa è una cura antiflogistica od almeno antirritativa. I cataplasmi tepidi e le formentazioni convengono benissimo e sono sufficienti per impedire che nel sacco si formino alterazioni maggiori nel tempo che si compie la medicatura della cavità nasale.

Certamente quando il male abbia fatto qualche passo innanzi o perchè il malato non fu sollecito a chiedere consiglio al medico, o perchè da questi non fu diretto sulla buona via, la malattia del sacco e del canale prende diritto di esistenza, perchè le secrezioni catarrali che nel medesimo si accumulano, originano poi tutte le lesioni che sono comprese nella storia del tumore e della fistola lacrimale, come in ogni libro è dichiarato. Ma se fin da principio l'irritazione o la flogosi del sacco, lo ripeto, sia tenuta nei più ristretti confini possibili, se le lesioni della narice sia scongiurata, al malato può essere fatto evitare tale malattia. Ciò è dichiarato anche dalla osservazione clinica la quale ci mostra che tutti gli stati catarrali del sacco che si accompagnano ad una corizza, sia pure intensa ma di breve durata, spontaneamente guariscono. A tutti è seguito di aver sofferto corizza, lacrimazione o se vuolsi anche catarro congiuntivale, e senza far nulla altro che levarsi di torno al più presto possibile la corizza i malanni oculari sono scomparsi.

A questo punto, d'altronde facile, avendo da più tempo fissata la mia mente, ho avuto il modo di sottoporre i miei malati alla riprova della osservazione, e mi è riuscito vincere non poche dacriocistitidi senza il bisogno di agire chirurgicamente, come mi sarebbe accaduto se fossi rimasto inattivo ad aspettare che il processo morboso inducesse delle alterazioni nella struttura anatomica della parte.

S.

LA CURA ANTISETTICA IN OCULISTICA

(Prof. R. Secondi).

(Articolo riprodotto dall'*Italia Medica* di Genova, N 5).

Per quanto l'ottalmologia non presenti un campo molto vasto e molto proprio alle esperienze antisettiche, pure contribuì non poco a fornire i principii fondamentali della nuova dottrina. Or sono già molti anni Alberto de Gräfe raccomandava l'uso dell'acqua di cloro nella cura dell'ulcera-ipopion (ulcus serpens; ulcera infettante); e Nagel encomiò l'uso del cloroidrato di chinina nella cura delle cheratiti suppurative. Agli oculisti non era sfuggita l'osservazione della malefica influenza portata dalla presenza della blenorrea del sacco lagrimale, e della congiuntivite cronica sull'esito della operazione di cateratta eseguita coll'estrazione. Gli studi posteriori di Horner, di Leber e di altri dimostrarono la presenza di parassiti nei focolai di suppurazione corneale ed oggigiorno trovasi generalmente ammessa la cheratite micotica quale conseguenza della infezione delle ferite, e delle ulceri per parassiti contenuti nelle secrezioni abnormi o depositativi da condizioni poco note.

Sotto tale aspetto devonsi considerare tutti quei casi di suppurazioni corneali che si sviluppano non solo immediatamente dopo le operazioni, ma quelle anche degli stadi inoltrati della cicatrizzazione delle ferite per estrazione di cateratta. Non potrò mai obliare un'osservazione di tal genere fatta in questa clinica, or sono tre anni, sopra un individuo di robusta costituzione fisica e di media età, il quale dieci giorni dopo l'operazione felicemente riuscita in ambo gli occhi, e quando credevasi sicura la guarigione, incominciò a presentare nella ferita cicatrizzante prima da un occhio e poi dall'altro, indizi di suppurazione, che fattasi presto rigogliosa distrusse in brevissimo tempo l'intiera cornea.

La stessa iritide reumatica pare, secondo le osservazioni di Leber, abbia una causa di infezione, giudicando dal benefizio ottenuto nella cura di essa dalla somministrazione dell'acido salicilico.

Nonostante a tutti questi fatti accennati, conviene confessare che il metodo disinfettante ha tardato più di quanto potevasi credere dapprincipio ad essere generalizzato nella pratica oculistica. Probabilmente contribuirono a ciò i buoni risultati ottenuti dai metodi operativi di recente introdotti, non che la natura stessa delle cose, per cui raramente si hanno reazioni infiammatorie nelle operazioni oculari. Infatti gli insuccessi delle operazioni di iridectomia, di strabismo, di enucleazione, cagionati dalla suppurazione sono eccezionali e appena ricordati; e gli insuccessi delle operazioni di cateratta dipendenti dalla cheratite suppurativa non superano nelle statistiche di vari operatori il 4 od il 5 %.

A queste ragioni che fanno poco sentire il bisogno di ricorrere ai mezzi

antisettici nella pratica oculistica, si aggiungono quelle desunte dalla difficoltà di usare del metodo rigoroso antisettico durante l'atto operativo, e la necessità di avere una sostanza la quale alla proprietà antisettica unisca quella di essere innocua alle membrane oculari.

Queste difficoltà non potevano più a lungo impedire che l'eco dei portentosi risultati del metodo di Lister non si ripercotessero nelle sale ottalmiche ed in queste non ne fosse riconosciuta la pratica utilità. Unanime fu quindi il desiderio fra i cultori della ottalmologia di esperimentare l'efficacia del nuovo metodo, a mezzo del quale si rendono sempre più rari gli insuccessi delle operazioni.

Pubblicazioni importanti avvennero già sull'argomento nei giornali stranieri, e noi abbiamo creduto opportuno dirne pure qualche poco nel nostro giornale dando la relazione di quanto praticasi già da due anni in questa clinica oculistica.

L'insorgenza della suppurazione nei primi giorni della operazione costituendo l'indizio più caratteristico dell'infezione della ferita, dimostra che il maggiore pericolo di essa esiste durante l'atto stesso operativo. In conseguenza si esperimentarono i mezzi adatti a prevenire tale pericolo, i lavacri dell'occhio e delle parti adiacenti, e l'uso del polverizzatore (Spraj) usando soluzioni fenicate, ma presto ci convincemmo della difficoltà di usare tali mezzi, tanto per la soverchia irritazione cagionata, volendo usare di una soluzione sufficientemente disinfettante, quanto per la difficoltà di poter vedere il campo operativo attraverso la nebbia fenicata.

Non così dicasi della cura consecutiva la quale può farsi senza inconveniente alcuno.

Noi procediamo nel modo seguente: Innanzi tutto procuriamo la disinfezione di tutto ciò che serve all'operazione, pannilini, filaccie, cotone, bende, facendoli appositamente lavare in soluzioni fenicate del 4 % e usando l'alcool assoluto per la pulitura degli istrumenti. Laviamo l'occhio e le sue adiacenze prima di accingerci all'atto operativo con una soluzione del 4 % di acido borico. Questa soluzione è quella che ci è sembrato irritare meno la mucosa congiuntivale, e la usiamo a preferenza della fenica la quale anche leggiera all'1 % irrita soverchiamente e cagiona sensazioni moleste. Indi procedesi all'operazione senza produrre la nebbia disinfettante, limitandosi ad usare di questa negli intermezzi degli atti operativi nei quali l'occhio rimane chiuso e durante la pulitura dell'occhio stesso fatta con la soluzione borica. Usiamo a ciò una soluzione fenica dell'1 %. Così facendo non crediamo certamente di formare un'atmosfera completamente priva di batterii ed altri microorganismi, ma almeno di scemare il pericolo che questi giungano alla ferita.

Così per contribuire ad ottenere quest'ultimo scopo procuriamo di penetrare nel bulbo il meno possibile con istrumenti, tanto per l'estruzione dei frammenti cataratttosi, che per l'escisione dell'iride.

Terminata l'operazione e finita la pulitura dell'occhio, facciamo il bendaggio, applicando dapprima sulle palpebre riunite una pezzuola finissima imbevuta nella soluzione borica e sovrapponendo ad essa filaccie o cotone fenicato, mantenuto in posto da bende pure preparate.

Quando il decorso della cura consecutiva non dia ragione di farlo, si mantiene la chiusura dell'occhio per tre giorni successivi, rinnovando due volte al giorno il bendaggio fatto nel modo sopra indicato, e lavando la rima palpebrale come le parti adiacenti. Dove poi l'ispezione è resa necessaria dal decorso anomalo, l'apertura dell'occhio è fatta sotto la nebbia fenica.

Tanto nel primo che nel secondo caso, viene poi sempre continuato l'uso delle pezzuole imbevute nella soluzione borica fino a completa guarigione.

La statistica fornita dalla nostra clinica è certamente insufficiente per stabilire l'importanza del metodo antisettico nell'oculistica, pure crediamo possa servire d'incoraggiamento ad adottarne i principii. Difatti sopra numero 60 operazioni di estrazione di cateratta praticate nel biennio scolastico 1878-79 e 1879-80 col metodo lineare periferico superiore od inferiore, non si ebbe a lamentare che due volte la suppurazione, delle quali una sola portò la perdita totale dell'occhio; mentre l'altra potè essere limitata in grembo della ferita con l'esito di cicatrice periferica e chiusura di pupilla, che potrà in seguito essere neutralizzata ne' suoi effetti dalla instituzione di pupilla artificiale praticata a tempo debito.

In altri numero 21 casi fu praticata l'iridectomia per diverse indicazioni e mai si ebbero suppurazioni. Un decorso di guarigione pure regolare si osservò in numero 4 casi di enucleazione del bulbo e in numero 6 di strabismo nei quali si usò il metodo antisettico.

Noi crediamo quindi di dover propugnare e raccomandare anche per la poca nostra esperienza, l'impiego di cotesto metodo, principalmente nelle cliniche e sale ospitaliere dove maggiormente esiste la possibilità dell'infezione delle ferite.

RIVISTE

1. **In proposito della paracentesi della camera anteriore, come cura degli abscessi e delle ulceri della cornea,** per il dott. MENGIN di Caen. (Maggio, 1880. *Recueil d'opht.*).

Questo distintissimo pratico tocca l'argomento con moltissimo tatto e squisito. Queste affezioni sono in generale accompagnate da un aumento

della tensione oculare, e questa è una indicazione solenne alla peracentesi, giacchè, oltre tutto, conviene considerare che i colliri che più potrebbero essere in simili casi indicati, non vengono assorbiti per causa della aumentata tensione. Certamente bisogna essere d'accordo con l'A. quando egli pone la questione in que' termini, ma vi hanno pure dei casi che sembrerebbero compresi nella legge da lui formulata sulla scorta dell'opinione de' più, e che debbono esserne tenuti fuori ad ogni costo.

Basta infatti studiare gli ammalati con una discreta attenzione per verificare che in taluni casi di abscesso della cornea, o di cheratite-ipopion con rapido ed esteso sfacelo del tessuto, la perforazione della cornea accelera la malattia e la fa precipitare al suo cattivo esito. Noi per conto nostro questo fatto lo abbiamo osservato più volte ed in condizioni che riassumeremmo così: Quando il tessuto cheratico era profondamente ed estesamente compromesso, l'evacuazione dell'umore acqueo ci ha nociuto; ed occhi che parevano perduti per totale distruzione della cornea si sono salvati quando siamo giunti ad impedire che l'acqueo si versasse per una rottura accidentale.

Nel momento attuale non siamo disposti nè preparati ad entrare su questo soggetto in spiegazioni, ma forse può accadere che il fatto sia dipeso dall'avere portato il tessuto cheratico in un rilasciamento soverchio. Infatti non vi ha dubbio che un eccesso della tensione oculare agisca sulla cornea in modo da alterarne le sue funzioni nutritive, ma con eguale facilità apparisce come sulla circolazione interstiziale della cornea debba avere influenza l'eccesso del suo rilasciamento. SIMI.

2. **Paralisi dell' accomodazione consecutiva alla febbre tifoide.** — (Dallo stesso giornale).

Un giovane di 17 anni, collegiale, si ammalò di febbre tifoide; dopo 7 settimane era guarito, ma una grave cefalalgia seguitò a tormentarlo anche nella convalescenza. Ristabilitosi bene, va per riprendere i suoi studii; ma dopo pochi minuti che egli legge, o scrive si risveglia un dolore sottorbitario così violento che lo mette nell' impossibilità di continuare. Lascia passare un mese; ma vedendo che a aspettare non ci guadagnava nulla, va a consultare un oculista. Questi trova: stato generale buono; pupille un po' dilatate, e l' iride alquanto pigra; liberi i movimenti degli occhi, nessun difetto di refrazione; il resto perfettamente normale. Sia per combattere la cefalalgia, sia per timore di una infiammazione intracranica gli ordina un vessicatorio volante alla nuca, e frizioni morfinizzate alla fronte e alle tempie. Dopo un mese nessun miglioramento; quando entra in giuoco l' accomodazione la cefalalgia si ridesta: per aiutare l' accomodazione gli fa portare le lenti di + 2 diottrie, poi di + 4,50 diottrie; e il malato può applicarsi per un quarto d' ora o 20 mi-

nuti, ma non più. Si fa passare una corrente indotta dalla regione ciliare a quella della nuca e delle apofisi mastoidee, e dopo alcuni giorni vi ha miglioramento; l'iride è più mobile, il malato può applicarsi per mezz'ora, o 3 quarti d'ora, ma dopo tornano in campo i dolori sottorbitarii. Allora consulta altri specialisti: alfine va da Galezowski, e questi constata un difetto d'omogeneità nei movimenti degli occhi, che produce una leggera diplopia omonima per la vista da lontano, e una diplopia incrociata per la vista da vicino. E siccome la vista da vicino era resa la più difficile, il trattamento più indicato era di aiutare col prisma a base in dentro i muscoli retti interni: e così fu fatto. Dopo 2 mesi il malato poteva leggere e scrivere 4 ore di seguito senza inconvenienti. G. Danesi.

3. **Dell'influenza dei gran freddi su le affezioni oculari,** del dottor Galezowski. — (Dallo stesso giornale).

È questo un pregevolissimo articolo, nel quale si mostra quanta malefica influenza esercitino i freddi intensi anche su l'organo della visione, ma più specialmente su la cornea, che, mancando di vascolarizzazione non ha altro grado di temperatura che quello che le può venire dalla temperatura dell'umor acqueo. I freddi eccessivi del dicembre ultimo scorso fornirono all'A. materia in buon copia su questo soggetto: reca egli esempi di *ascessi e ulceri necrotiche della cornea;* di *nevrite sotto-orbitaria, con astenopia accomodativa;* di *accidenti cerebrali con disturbi oculari negli alcoolici,* come *la paralisi incompleta di tutti i muscoli dei due occhi.* — *Ambliopia binoculare senza lesione;* di *periostite orbitaria con esoftalmia.* In queste affezioni il dottor Galezowski ha potuto riscontrare qualcosa di caratteristico: nelle ulceri necrotiche della cornea, per es., egli nota di particolare: 1° la sede dell'ulcera, al centro della cornea; 2° la forma, rotondeggiante, co' bordi tagliati a picco, come d'un'ulcera prodotta da sostanze corrosive; 3° l'insensibilità che havvi i due o tre primi giorni, per una specie di anestesia di tutta la cornea; 4° la poca iniezione pericheratica. A questo stato poi succede una tale reazione da destare i più vivi dolori ciliari, e spesso l'iride prende parte all'infiammazione. Qualcosa di speciale vi è anche nel trattamento terapeutico, poichè dietro l'applicazione di pezzette imbevute di acqua calda, rianimando così la circolazione e la sensibilità nella cornea congelata, se ne previene la necrosi, e della reazione naturale la violenza sempre troppo più nociva, quanto più essa è ritardata. Anche nelle altre affezioni lo speciale trattamento curativo ha egregiamente corrisposto, vale a dire, i bagni a vapore, l'uso dell'infuso di Jaborandi, le iniezioni di pilocarpina, l'ioduro di potassio, e le fomente calde localmente, senza trascurare, s'intende, gli altri mezzi curativi convenienti. G. Danesi.

4. **Blefarospasmo doppio clonico e tonico, che data da tre anni.** — Guarigione istantanea e radicale mediante la sezione sottocutanea dei due nervi sotto-orbitarj, del dott. DEHENNE.

La paziente era una signora di 52 anni. Erano stati esauriti tutti i mezzi dell'arte; non rimaneva che la nevrotomia dei sotto-orbitarj; benchè si sapesse che nemmen questa avea sempre portato una guarigione definitiva. Ma questa volta fu coronata da felice successo; poichè son già passati 4 mesi e la guarigione si è perfettamente mantenuta.

G. DANESI.

NOTIZIE

Il 9 maggio all'Ospizio dei QUINZE-VINGTS fu messa la prima pietra della Clinica nazionale (francese) d'ottalmologia.

La Francia avendo 31,631 ciechi ha ben ragione di procurarsi il modo di ottenere su quella cifra una forte diminuzione. Ma anche da noi saremmo nelle medesime condizioni, ed in talune regioni dell'Italia anche molto peggiori. Se l'esempio potesse giovare!

AVVISO

Pel caso che qualcuno dei nostri lettori intenda concorrere ai posti di ufficiale-medico della Milizia territoriale, crediamo opportuno avvertire che i N. 20 e 21 del Periodico della Prefettura di Firenze, corrente anno, contengono:

« il Regio Decreto, che organizza detta milizia e ne repartisce la forza,

« quello che determina le norme per la nomina degli ufficiali,

« e finalmente l'Avviso di Concorso, e la nomina della Commissione per l'esame delle domande. »

Libri ricevuti in dono

CHARLES STEDMAN BULL, M. D. — *On the removal of foreign Bodies from the eye with four cases.*

FIORE Dott. CESARE. — *Dilatatore delle vie lacrimali.* Napoli, Vallardi 1830.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

DIFFICOLTÀ DI UN CASO FACILISSIMO

Nell'anno decorso facendo la rassegna di un lavoro del signor Galezowski (ambliopie tossiche) avemmo cura di mettere in evidenza dei fatti che nella pratica hanno o possono avere una grandissima importanza, come per esempio quello che comunemente dicesi l'*intolleranza* dell'occhio per un medicamento che per un certo tempo fu giovevole. Ed allora fu parlato, come si conveniva, dell'attossicamento atropinico della congiuntiva, ecc. ecc.

I fatti ai quali accennava nel suo libro il pratico parigino non sono tali da avere bisogno di dimostrazione ulteriore e per gli oculisti (cioè per quelli che hanno l'opportunità di studiare ogni giorno un grande numero di svariate malattie oculari) sono anche fatti che assai di leggeri si riconoscono. Ma per i meno pratici forse non è sempre così: e talora vedesi seguitare, quasi direbbesi, con accanimento una medicatura nella quale si moltiplicano le sostanze medicamentose, si aumentano le dosi fino a renderle elevatissime ed esagerate, mentre l'unico modo di essere utili all'ammalato quello sarebbe di sapersi arrestare, di sospendere ogni medicatura, o qualche volta adoperare qualche sostanza che abbia potenza di antidoto.

Ciò, giova ripeterlo, non sorprende. Casi di questo genere si verificano a ciascun clinico, e tanto che è uno dei più elementari precetti pratici, quello di studiar sempre nel decorrere e nel modificarsi dei morbi ciò che deve attribuirsi all'azione diretta od indiretta, positiva o negativa della medicatura, da quanto devesi piuttosto ripetere dallo svolgersi del processo morboso.

Non è dunque per bisogno di illustrare questo punto della clinica che io pubblico il caso seguente, ma soltanto per dare un esempio che valga a ricordarlo.

N. N. donna di circa 45 anni, si recò al mio Dispensario sullo scorcio del passato inverno per farsi curare di una granulazione della congiuntiva. Le fu incominciata una delle solite medicature, e a dire più chiaro fu incominciato a cauterizzarle metodicamente la congiuntiva con un cristallo di allume. In quel che si faceva questa cura l'epitelio cheratico s'infiammò ed avemmo con prontezza lo sviluppo di una rete vascolare assai forte alla superficie della cornea. Fu allora incominciato l'uso dell'atropina pur continuando a modificare, cautamente, lo stato della congiuntiva col solito allume. Presto però divampò nuovo e più grave incendio. Dopo pochi giorni si aggiunse la iritide, e poi si ebbero delle opacità nello strato luminare della cornea. Fu raddoppiata la dose dell'atropina, fu sospeso l'allume, furono praticate delle compresse caldo-umide, i revulsivi intestinali, i pediluvi. Ancora il male progrediva; si aggiunsero delle fortissime algìe del 5° paio, l'occhio si fece estremamente teso e la cornea rammollita accennava a modificare le sue curve e farsi prominente.

Fu presa dall'aumento della tensione oculare la indicazione per il solfato neutro di eserina, e dopo l'uso di questo medicamento forse migliorò un poco lo stato della cornea, ma non diminuirono le algìe divenute insopportabili affatto. Sperimentato inutilmente il chinino usato in pillole e misto alla morfina, fu ricorso alla inoculazione sottocutanea con la morfina ed al cloralio, ma da ciò non ebbesi che una temporanea diminuzione del dolore e nessuna diminuzione dei fenomeni irritativi.

In questo stato di cose sarebbe potuto venire in mente di praticare la paracentesi od una iridectomia, ma quella avrebbe bisognato ripeterla più volte e quel tessuto cheratico non comportava traumatismi ripetuti, e questa non poteva essere regolarmente eseguita. Quindi fu messo da parte il concetto di agire, pel momento, chirurgicamente. Non importa dire che l'atropina e l'eserina, sulla purezza

delle quali in principio avemmo qualche sospetto, furono più volte cambiate ed all'atropina fu sostituita la duboisina; e ciò avvenne senza vantaggio alcuno. Ciò che imbrogliava la cosa si era che nel caso nostro all'uso dell'eserina non era conseguitato un miglioramento quale noi l'aspettavamo, quasi a dimostrazione che l'occhio fosse tossicamente influenzato dall'atropina, e del pari ci faceva confondere la testa il fatto della tanto poca efficacia delle iniezioni sottocutanee di morfina.

Finalmente la esistenza delle controindicazioni, la mancanza di precise indicazioni ci indussero, direi per necessità, ad una cura negativa, e questa segnò il primo momento nel quale in quell'occhio videsi la malattia arrestare il suo corso ascendente, decrescere e consecutivamente venire a guarigione, non con altro aiutata che con posche di acqua comune alla temperatura ordinaria. S.

RIVISTE

1. **Caso di enfisema palpebrale istantaneo.** — Osservazioni del dottore Antigono Raggi. — *Rivista Clinica* di Bologna, 1880, fascicolo 4°.

Trattasi di un caso di enfisema istantaneamente manifestatasi in un giovane poco più che ventenne, nell'occasione che egli soffiavasi il naso. Nel soddisfare al bisogno di vuotare le narici del loro secreto, l'infermo non aveva fatto alcuno sforzo, non avvertito alcuno scroscio, nè provocata alcuna emorragia. Non era in fatto che egli fosse caduto, nè avesse sofferto traumatismi di sorta al capo, nè che soffrisse o per lo addietro avesse sofferto di ozena.

L'enfisema disparve completamente in cinque giorni, l'infermo essendosi, per consiglio del curante, astenuto dal soffiarsi il naso.

L'A. ricorda che il Mackenzie ha citato due fatti simili al suo, e quindi passa a dimandarsi: da qual parte l'aria potè dalle narici penetrare nelle palpebre? In risposta ci offre due ipotesi: *a*) che l'aria sia penetrata nel canale lacrimo-nasale e di qui nel sacco lacrimale, e dal sacco lacrimale per lacerazioni delle pareti di questo nei tessuti circostanti e special-

mente nelle maglie del lasso tessuto cellulare esistente sotto la cute delle palpebre; *b*) che l'aria siasi fatta strada traverso una frattura della parete interna dell'orbita destra, contro la quale fu spinta con forza nell'atto del soffiarsi il naso.

Con molta accuratezza l'A. discute le sue ipotesi e crede che la prima sia meno lontana dal vero della seconda. Noi non ne accettiamo nè l'una nè l'altra, e siccome l'infermo era in un manicomio per *frenosi epilettica*, desidereremmo che si potesse escludere in modo *convincente* una lesione traumatica avvenuta antecedentemente in un tempo più o meno remoto.

2. Teratologia. Feto con un occhio nella parte media ed inferiore della faccia.

Il dottor Puig y Balansò riporta nella *Revista de Ciencias Medicas* (Giugno 1880) la seguente osservazione del dottor Beltran, de San Martin de Rubiales. Una donna gravida al settimo mese si sconciò in conseguenza di una forte contusione all'addome e messe alla luce un feto di sesso femminino con il cranio quale appartiene alla razza etiopica: pelo alla fronte, alle regioni orbitarie e molari; mancanza delle narici e delle orbite, la regione delle quali era accennata da una depressione digitale. Nel luogo corrispondente all'apertura buccale, era un occhio azzurro, grande, perfettamente sviluppato, coperto da due palpebre con cigli e delle quali l'inferiore con coloboma. Due centimetri sotto quest'occhio si apre la bocca con piccolo orifizio. Manca la lingua e sembra manchi anche la mandibula inferiore. La cavità buccale è più piccola, la parete posteriore essendo ossea, e non ha comunicazione nè con l'esofago, nè con la laringe, ecc.

3. Cauterizzazione ignea della cornea. — Dott. Coursserant, *France Médicale*, 1881, N. 33.

L'A. esordisce con queste parole: L'idea di mettere un ferro rosso in contatto con la cornea ha suscitato e susciterà ancora molte obiezioni *a priori*, obiezioni che è inutile di combattere, poichè non hanno alcun valore contro i fatti. Queste le sono parole eccellenti, ed anche noi che in altra occasione ci mostrammo poco favorevoli a questo modo di cauterizzazioni (1), ai fatti faremo una riverenza profonda. Questi fatti che il signor Coursserant aggiunge a quelli conosciuti quali sono? Cinque osservazioni: La prima si riferisce ad una bambina di 6 mesi, il cui occhio destro era in condizioni che descrivo con le parole dell'A.: l'occhio destro è la sede di una infiltrazione purulenta che ha invasa tutta la cornea; il rammollimento pultaceo della membrana è all'ultimo grado; il centro della cornea esulcerato in una estensione di 4 mm. quadrati offre un aspetto

---

(1) V. *Bollettino*, Anno I, pag. 46.

stafilomatoso e fa temere una prossima e vasta perforazione.... Invano si provano la paracentesi della cornea e l'operazione di Soemisch.... mi decido a fare una serie di 8 punti di fuoco circoscrivendo la parte ulcerata della cornea.... Medicatura alla Lister.... L'indomani l'infiltrazione purulenta è scomparsa alla circonferenza della cornea.... A più riprese, ritorno alla cauterizzazione ignea portando il cauterio sui punti ove il pus è più accumulato.... In questa piccola ammalata, la cornea tornò alla *integrità assoluta*.

La 2ª osservazione è di stafiloma opaco consecutivo ad un vasto abscesso della cornea. L'occhio era andato sottoposto a degli accessi glaucomatosi e quindi era stato praticato una iridectomia. Ad onta di ciò l'infermo soffriva e specialmente per congiuntivite bulbare destata e mantenuta dallo stafiloma. Sottoposto l'occhio alla cura ignea si ebbe un *resultato rapidamente soddisfacente*. Lo stafiloma si abbassò. La periferia della cornea si schiarì, ed allora con una pupilla artificiale si potè ristabilire un campo visivo all'esterno.

Il 3° caso è d'abscesso della cornea grave e con imminenza di rottura della cornea. Il malato soffre dolori ciliari fortissimi, ecc. Deve dirsi ? « la cornea cadeva a pezzetti pel solo fatto del movimento palpebrale. » Ebbene! praticata la cauterizzazione il malato migliorò tanto che l'indomani *prétend être dans le paradis!* Il cauterio aveva servito da Purgatorio? Il resultato ultimo fu questo: cornea grigiastra, camera anteriore distrutta in basso. Pupilla chiusa da essudato plastico. Rimane una visione da distinguere il passaggio della mano.

L'osservazione 4ª riporta un caso di ulcera serpiginosa. Furono applicate quattro punte di ferro incandescente, che due all'estremità dell'ulcera e le altre nel centro. La cauterizzazione fu ripetuta dopo due giorni, e la malattia fu vinta, *strangolata*. La guarigione si ottenne in 6 giorni.

L'osservazione ultima mostra ancora un caso di abscesso ulcerato della cornea che tendeva ad estendersi. Cauterizzazioni ripetute e là.... dal 18 al 24 dicembre 1879, guarigione.

Propongo di prendere atto di queste cinque osservazioni: ma per ora, di non spingerci a conclusione più inoltrata di questa: nei casi di malattia cheratica, quando manca ogni altra risorsa, il cauterio attuale può essere *tentato*.

4. Amaurosi temporanea completa da ingestione di salicilato di soda. (*Gazzetta degli Ospedali*).

Una contadina di 16 anni affetta da reumatismo articolare acuto, fu sottoposta all'uso del salicilato di soda. — Salicilato 8 grammi, divisi in 10 polveri; da prendersene una ogni ora. Ciò seguì il 26 dicembre 1879.

27 dicembre. — La paziente ebbe nella notte abbondanti sudori; verso

le 3 antimeridiane fu colta da lieve vomito; discese poi dal letto, per evacuare l'alvo che fu scarso, diarroico, e sorretta da una infermiera fece una quindicina di passi, lamentando solamente un po' di dolore al piede. Alle 9, 20 antimeridiane. T 37°, 3'; R 16; P 88; lieve balordaggine, sussurro di orecchi, poca sordità; pelle sudante. Niun dolore articolare; ancora discretamente distesa la sinoviale del ginocchio sinistro, scomparsa quasi interamente la tumefazione dell'articolazione tibio-tarsica; niuna traccia di rossore della cute. Prende l'ultima polvere e poco dopo s'addormenta; svegliasi alle 12, 30 completamente cieca. Alle 4 pomeridiane T 38°. 3'; R 32; P 100; balordaggine estrema, tendenza al sonno; ideazione però ordinata e sana la memoria. Abolita sin la più lieve percezione quantitativa della luce; sensibilità squisita della sclerotica e della cornea d'ambo i lati; midriasi considerevole, per la quale il cercine irideo è ridotto alla larghezza di un millimetro; mezzi diottrici trasparenti; riflesso bigio del fondo retinico, vene centrali discretamente grosse, papilla dei nervi ottici normale a ben netti confini; mancanti i fosfeni. Grave cofosi: il battito dell'orologio cessa di essere sentito a tre centimetri dall'orecchio destro, a quattro dal sinistro. Toni cardiaci piuttosto deboli; polsi un po' piccoli. Meno sudante la pelle; persiste la completa cessazione d'ogni dolore articolare ed è quasi completamente ritornata alla norma la forma del ginocchio sinistro, interamente quella del piede. Orine delle 24 ore: quantità CC. 1125; colore giallo; reazione debolissimamente acida, quasi neutra; p. sp. 1020; albumina e glucosio mancanti; trattate col percloruro di ferro non danno alcuna colorazione violetta, che riveli la presenza dell'acido salicilico, neppure in lievi traccie; ma restano rosso-gialle, intorbidate dalla solita precipitazione dei fosfati. Alle 10, 30 pomeridiane svegliasi da un sonno di due ore, assai meno balorda e tutta lieta della scomparsa cecità: conta le dita e distingue gli oggetti che le si presentano. Midriasi invariata o quasi; cofosi notevolmente diminuita. Pelle ancora umida di sudore T 37°, 7'; R 26; P 92.

28 dicembre 6 antimeridiane T 37°, 7'; R 26 24; P 92. Completamente normalizzata la facoltà visiva: legge piccoli caratteri di stampa ad 8 pollici di distanza; assai diminuita la midriasi; battito dell'orologio percepito a mezzo metro di distanza dall'orecchio. Cessata la balordaggine ed il sussurro d'orecchi; scomparso affatto ogni fenomeno articolare; polsi sostenuti; pelle sempre in lieve sudore. Un alvo formato. Alle 3 pomeridiane T 38°, 2'; R. 30; P 80. Per errore non furono raccolte tutte le orine delle 24 ore, ma solamente quelle emesse dalle 5 pomeridiane di ieri alle 9, 30 di stamani; erano della quantità di CC. 525, di colore giallo, di reazione neutra appena emesse, del p. sp. di 1022, senza albumina, assai ricche invece di urati che per l'aggiunta di acido azotico precipita-

vansi sotto forma di nitrato d'urea. Niuna tinta violetta se trattate col percloruro di ferro.

29 dicembre, 9 antimeridiane, T 37°, 8′; 4 pomeridiane T 37°, 5′; R 34; P 84. — Orine delle 24 ore CC. 800. Pupille sempre discretamente midriatiche, un po' inerti alla luce. Persistente il riflesso bigio della retina, ed ancora piuttosto ampie le vene centrali.

30 dicembre, 9 antimeridiane T 37°, 9′; R 36; P 72. — Lieve sudore nella notte ed una scarica alvina scarsa, diarroica. Respirazioni sempre brevi; polsi ben sostenuti; 4 pomeridiane T 37.° 5′; R 36; P 64. — La pelle si mantenne per tutto il giorno asciutta; la quantità delle orine toccò i 1000 C.C.; il colore delle medesime andò facendosi sempre più chiaro, tantochè quelle del vespro erano paglierino pallide, corrispondenti al N. 1 della scala di Vogel; la reazione loro debolissimamente acida, il p. sp. 1010. Niuna reazione col percloruro di ferro. Anche nella saliva non fu riscontrata traccia di acido salicilico.

31 dicembre, 9 antimeridiane, T 37.° 8′; R 32; P 72; 4 pomeridiane T 37,° 2′. — La paziente sta perfettamente bene; la vista è buona e la reazione delle pupille alla luce normale. Queste forse un po' larghe ancora. Orine delle 24 ore CC. 800; un alvo formato.

Al 2 gennaio 1880. — La Stroppa lascia l'Ospedale in perfetto stato di salute.

VARIETÀ

Tenotomia nella miopia. — *Société de Chirurgie.* — Seduta del 28 maggio 1880. — Il signor Giraud-Toulon prende la parola in nome di una Commissione composta dei signori Farabeu, Sée, ecc. e fa il rapporto sopra un lavoro del signor Abadie, intitolato: *Della tenotomia parziale de' muscoli dell' occhio per combattere la miopia progressiva.* La Commissione non divide le idee teoriche dell'A. sul meccanismo della produzione dello stafiloma posteriore, e rivendica a De Graefe il processo operatorio, che primo, Egli consigliò ed impiegò. Il rapporto conclude per i ringraziamenti a M.r Abadie, e per l'inserzione del suo lavoro negli archivi. — Adottato all'unanimità.

Profilassia della cecità. — Pochi hanno diritto di essere chiamati filantropi quanto il dott. Mathias Roth, la cui scienza è indirizzata completamente a sollevare le miserie umane. Un gruppo di persone di ambidue i sessi, animato dagli stessi gene-

rosi sentimenti, si è raccolto presso il dott. Roth, poi presso l'ammiraglio Fisbbowine, per migliorare la condizione fisica dei ciechi.

Sui 40,000 ciechi che esistono in Inghilterra, appena 4000 sono nati tali.

L'ignoranza delle madri, delle nutrici, le cattive cure, l'esposizione al freddo, alla viva luce, la cattiva igiene delle scuole, ecc., e nelle serie delle cause morbose, la scrofola, la sifilide; le febbri eruttive, l'oftalmia granulosa delle scuole, delle caserme, ecc., cagionano perennemente si grave sventura alla società inglese.

I rimedi atti a scemare queste cifre sconsolanti sono: le nozioni dell'igiene oculare e generale, impartite ai fanciulli, alle madri, alle infermiere, alle balie, alle bambinaie, con lezioni popolarissime, orali e stampate; le nozioni dell'igiene delle professioni; le visite domiciliari; ed infine gli studi più seri in oculistica imposti ai medici.

Gli è con tali elementi e con tali intenti, che si è costituita sotto il patronato del dott. Roth, una Società per migliorare la condizione fisica dei ciechi.

In Francia la Società d'Igiene è all'opera per aiutare le mire filantropiche del Roth, e già cominciano a rispondere al quistionario che il medesimo ha inviato alla Società suddetta. Infatti nel N. 195 del *Journal d'Hygiène* trovansi inserite alcune note prese a Saint Gobin dal dott. Aug. Warmont.

In Italia intende a questo studio la Società Tommasèo, la quale a tal uopo ha una Commissione apposita presieduta dal chiarissimo prof. Cesare Paoli. E da questa aspettiamo di sapere se sia possibile che si diminuisca il numero dei ciechi, oggi maggiore di 30,000.

NOTIZIE

L'oculista signor Panas è stato ammesso come membro onorario alla Società di chirurgia di Parigi. — Votazione del 18 maggio 1880 — Votanti 18, favorevoli 18.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

IN PROPOSITO DELLA OTTALMIA DELLE NUTRICI.

Penso che sia utile studiare il seguente quesito, che spesso si presenta alla pratica, e cioè: Quando una madre che allatta ammali per cheratitide o congiuntivitide (come vedesi frequentemente) può essa continuare a porgere il seno alla sua creatura senza nuocere ai suoi occhi, o deve divezzare il bambino in quanto che l'ottalmia dipenda dall'allattamento?

Siccome poi io credo con i più, che l'allattamento materno abbia per la madre e pel figlio una influenza benefica alla quale convien rinunziare quando si consiglia quello mercenario, così io tento di spingere il mio argomento ad una soluzione, per quanto l'esperienza e l'osservazione me lo consentono, non approssimativa, ma rigorosa.

Le ottalmie che più comunemente sogliamo riscontrare nelle nutrici sono da riportarsi al tipo di quelle che s'incontrano nei bambini linfatici e scrofolosi. Sono cioè rappresentate da una lesione a *caratteri eruttivi.* Potrà essere l'herpes, cioè una eruzione vessiculare, e potrà essere una eruzione ad elementi pustolosi o papulosi, ma in ogni caso avremo delle lesioni alle quali possiamo assegnare come elemento patogenetico uno stato morboso dei tenui filamenti vaso-motorj provocato come fenomeno reflesso. E sarà una lesione oculare, nella quale noi vedremo campeggiare una grande irritazione ciliare, un'abbondante lacrimazione, se vuolsi lo spasmo dell'orbicolare delle palpebre, che precedono lo sviluppo degli elementi eruttivi primitivi, e che spesso continuano anche mentre si svolge tutto il ciclo ordinario di questi.

Non conviene credere che nelle nutrici non si possano vedere anche altre forme di cheratitide e di congiuntivitide, perchè, naturalmente, quello stato della donna non può dare una immunità per le medesime, ma piuttosto deve

ritenersi che una di queste flogosi della cornea o della congiuntiva intervenendo accidentalmente durante lo allattamento, si modifichi per accostarsi al tipo prima descritto e che può meritare il nome che le abbiamo imposto in principio di queste linee.

L'organismo della donna durante l'allattamento è esposto a delle influenze che facilmente ci spiegano questo fatto. La grande attività della glandula mammaria per la quale avviene una perdita considerevole di materiale organico, se non venga rimediata da una buona e copiosa assimilazione di materiali esterni, altera il bilancio dell'organismo e lo conduce ad uno stato di anemia, nel quale il sistema nervoso prende delle condizioni di maggiore irritabilità od eccitabilità. E molte sono le nutrici che non riescono a mantenere in buone condizioni la loro crasi sanguigna, perchè molte e frequenti sono le cause che contrastano loro una assimilazione bastevole: e queste ad onta che cerchino di mangiare cibi sostanziosi e servite da un buon appetito ne mangino assai, vengono, dopo qualche mese di allattamento riscontrate dal medico anemiche ed in preda a svariate neurosi, non esclusa la pazzia e le convulsioni.

Non parmi dunque di andare errato, nè di pensar cosa nuova, se considero che la funzione mammaria possa facilmente e per via di un impoverimento della crasi sanguigna, condurre una maggiore irritabilità del sistema nervoso ed una sua maggiore vulnerabilità, quale vedesi, ad esempio, nei bambini linfatici e disposti a divenire scrofolosi.

Ma nella nutrice la grande irritabilità del sistema nervoso può essere anche favorita da quella speciale eccitazione che deriva dal succhiamento della mammella. Nelle madri giovani è facilmente verificabile una certa tal quale sensazione voluttuosa che provano nel porgere e trattenere il capezzolo fra le labbra del figlio. È forse a questo sentimento di voluttà pudica, che la natura ha raccomandato

l'esecuzione di un atto necessario alla prole e di per sè faticoso, ma ciò non tocca il nostro argomento. Se questa voluttà esiste, i suoi effetti sul sistema nervoso non possono negarsi, come non si negano per fatti simili: e noi dobbiamo ammettere che facilmente conducano ad un esaltamento della sensibilità e provochino nei nervi motori delle azioni capaci di modificare la circolazione e la nutrizione di organi che abbiano con le mammelle stesse un consenso più o meno stretto..

Se non che non saprebbesi come tutto ciò potesse avere sulle congiuntive e sulle cornee una influenza diversa da questa, di farle cioè partecipare a quella irritabilità nervosa che si verifica in tutto l'organismo.

In una parola, tanto il succhiamento della mammella, quanto la perdita del materiale organico non possono agire che come una causa disponente organica. Ora la causa occasionale quale potrebbe essere?

La maggior parte delle nutrici non avvezzano il lattante a non chiedere il seno durante la notte, nè possono ottenere che il medesimo dorma in quelle ore nelle quali esse si coricano e si addormentano. Da questo ne segue che la nutrice durante la notte, e forse più volte, deve destarsi e prendere il suo bambino e dargli latte per acquietarlo. In questa occasione è facile che dessa soffra delle perfrigerazioni cutanee che le producono reumatizzazioni, e dovendo stare desta forzatamente, deve lottare col sonno che le chiude le palpebre e rende gli occhi dolorosi ed iperemizzati.

Una circostanza che non conviene dimenticare è anche quella che si riscontra nelle donne che hanno l'abitudine di accendere il lume ogni volta che vengono destate dal bambino piangente. I vapori acidi che si sviluppano nell'accensione dei fiammiferi irritano l'occhio assai, come fa il guardarne la fiamma per comunicarla allo stoppino del lume.

Ora adunque il soffrire il sonno, il dovere con gli occhi assonnati guardare il lume, il ricevere sull'occhio i vapori

dell'acido solforoso o fosforoso, sono secondo me le cause occasionali più frequenti e tanto più valide quanto è più spiegata la disposizione dell'occhio ad ammalare.

Se le cose realmente stanno come le vedo io, la soluzione del quesito mi pare a buon porto. Infatti trovando le cause determinanti l'ottalmia (le quali in certi momenti divengono aggravanti la malattia stessa) in un ordine di fatti che sono nell'allattamento puramente accidentali, noi non siamo costretti a sopprimere l'allattamento tutto intero, ma soltanto dobbiamo regolare le cose per modo che la nutrice possa esimersi dallo esporsi al raffreddamento, dal venire destata durante la notte, dall'esporre l'occhio all'azione improvvisa della luce, e dal rimanere delle mezze nottate a contrastare col sonno.

Piuttosto, è legato in modo diretto col fatto dello allattamento l'eretismo nervoso, cioè la irritabilità e la eccitabilità esagerata. Ma queste sono cose che si possono combattere con facili compensi terapeutici, senza bisogno di far cessare la secrezione mammaria dalla quale indirettamente derivano. Sui nervi della congiuntiva e della cornea si può agire con delle sostanze topiche che ne smussino la sensibilità e li stupefacciano. A questo intento serve benissimo il bromuro di potassio, gli alcaloidi dell'oppio e simili. Naturalmente non sempre bastano questi espedienti, e talvolta conviene aggiungere qualche altro compenso: pure secondo me, tal piano igienico-curativo giova abbastanza perchè si possa ritenere che l'ottalmia delle nutrici, per regola generale, guarisce benissimo senza interrompere l'allattamento, dando poi al medico l'agio di migliorare le condizioni della nutrizione in generale.

CONTRIBUTO ALLA CURA DELL'ULCERA SERPIGINOSA.

Nel marzo del corrente anno 1880 venni chiamato presso certa Maria Monzoni di Carrara, donna su i 50 anni, ma-

ritata, di buona costituzione, di temperamento sanguigno arterioso, di mestiere fornaia: era malata da 20 giorni nel modo che appresso: aveva febbre, e le mani, la sommità del petto, il collo e tutta la faccia erano sede di uno eczema acuto, onde la pelle di queste parti, eccettuate le mani, si era costituita in vero filtro gemente; e l'umore che ne gemeva era del siero torbiccio che si condensava, in parte, in croste gialle; di un odore fetido, nauseabondo, ributtante: e questo gemizio era più che altrove rilevante alle labbra, al naso, alla fronte e alle palpebre. Le palpebre segnatamente erano coperte di croste e turgide molto, non sì però che le non si potessero divaricare quel tanto da lasciar prendere esatta cognizione dello stato dell'occhio. Tanto a destra che a sinistra notavasi la congiuntiva bulbare molto iniettata e gonfla per chemosi sieroso, e ne scolava abbondante secreto muco-lacrimale; e questo era comune ai due occhi, bensì con una differenza in più a destra, e un tantin meno a sinistra. Qui poi non c'era altro; la cornea integra e con essa tutto il rimanente dell'organo; non così però a destra; poichè da questo lato anche la cornea era offesa, e gravemente offesa: alla sua periferia, superiormente, esisteva un'ulcera serpiginosa, o a cordone, estesa lungh'essa per ben più di un terzo della sua circonferenza medesima. Quest'ulcera alle sue estremità interessava appena appena l'epitelio, ma verso il suo mezzo anche la sostanza propria della cornea, per quanto era presumibile alla vista.

Di qual natura, di quale origine si fosse quest'ulcera era facile argomentarlo: molto probabilmente parte di quel siero, dall'odor tanto ributtante e quindi anche molto irritante, e forse d'un modo tutto speciale, insinuatosi nel sacco congiuntivale avea destata una tale irritazione pel suo semplice contatto, che ne era nata la grave congiuntivite, e di più all'occhio destro anche quella forma grave di ulcera della cornea forse per un di più d'azione di quel-

l'umore acre, per una maggior quantità del medesimo penetrata nel sacco congiuntivale.

Quanto all'eczema, per rischiararne alquanto l'etiología, debbo aggiungere che la Monzoni era stata di già tre volte, nel giro di pochi anni, affetta da erisipela alla faccia, quando non si voglia piuttosto dubitare che invece di erisipela si trattasse di una qualsiasi altra dermatite, sempre in rapporto con l'azione diretta del calore, al quale soleva esporsi per necessità del mestiere.

L'ulcera serpiginosa, e già estesa, come ho detto, per un buon terzo della circonferenza corneale, era il fatto più imponente: la tensione del globo oculare era piuttosto aumentata; la paracentesi proprio nel luogo dell' ulcera pareva addirittura indicata. Mi sovvenni allora del felice successo ottenuto in tre simili casi a Firenze, nei quali adoperai la pomata di acido fenico con vaselina, alla dose dell' 1 per 100, introdotta nel sacco congiuntivale; e cominciai a esitare; e considerando poi che almeno pel momento non c'era da temer gran fatto, inquantochè intorno all'ulcera non si osservava sulla cornea intorbidamento, o segno foriero di sopravveniente necrobiosi, risolvei di seguire la cura medica, consistente appunto nella introduzione, ogni 24 ore, di una pomata d'acido fenico in vaselina nel sacco congiuntivale, e somma nettezza degli occhi, e così feci. Quanto alla congiuntivite nell' altr' occhio mi valsi delle instillazioni di una soluzione d'acido borico. Il progresso dell' ulcera s' arrestò; e adagio adagio cominciò a colmarsi di tessuto nuovo trasparente: e dopo 25 giorni di questa semplice cura era completamente rimarginata; e anche nell'occhio sinistro la congiuntivite aveva ceduto all'acido borico. Quanto all'eczema ne ottenni la guarigione coll' applicazione continuata sulle parti di pezze imbevute nella seguente soluzione disinfettante:

Acido salicilico. . . .	gr.	5
Borato di soda. . . .	»	1
Acqua stillata	»	1000

Ma quel che più m'interessa di segnalare è il fatto della guarigione dell'ulcera serpiginosa con quella semplice medicatura; ciò che serve a confermare che la paracentesi non è l'unico espediente di cura in casi siffatti, ma che andando cauti, ci si può sempre avventurare con fiducia a praticare una cura medica, e appunto quella in discorso, specialmente poi in certi casi; voglio dire di individui così nervosi, pusillanimi, che al solo sentir parlare di operazione, e alla sola vista di un ago, tremano come foglie, non solo, ma si rifiutano decisamente a un'operazione qualsiasi.

DANESI.

RIVISTE

1. Sul Daltonismo. (*Lancet.* 24 luglio).

Il dott. Erbert Page scrive al Direttore del *Lancet* quanto segue: Nel numero del 3 luglio il dott. Joy Jeffries mette in campo le sue ragioni per dubitare delle opinioni mie riguardo alla frequenza del daltonismo. È vero che le mie esperienze non sono che in minima proporzione rispetto a quelle del dott. Jeffries e che sono state fatte soltanto sopra aspiranti ad impieghi nelle ferrovie di Londra e del Nord-ovest.

Nell'articolo da lui criticato io osservai trovarsi un daltonico fra duecento uomini esaminati consecutivamente con ventidue carte colorite con l'aiuto delle lettere colorite di Stelling. La scoperta di un così piccolo numero, se il daltonismo è realmente tanto più frequente, si deve o all'insufficienza della prova o al fatto, che individui consapevoli di essere daltonici si astennero dal presentarsi all'esame per l'impiego; questa mi pare la spiegazione più ragionevole, perchè non dubito della bontà della esperienza, avendo usato il metodo raccomandato dal prof. Holmgren, cioè evitato tutti i nomi ed impiegato il gesto nell'accennare i colori per avere sicura testimonianza della impressione che i colori fanno nell'occhio. L'avere speso tre quarti d'ora nell'esaminare un individuo non prova che l'esperienza fosse imperfetta; nè dagli scritti del prof. Holmgren si può dedurre che anche col suo metodo, il migliore di quelli inventati sinora, non si richieda talvolta tempo e pazienza per elucidare la specie particolare del daltonismo, quantunque il senso difettoso del colore si riveli subito al cominciare della prova.

Ma la discrepanza fra quelli che ritengono che venti o venticinque

per cento sieno daltonici, e fra quelli che hanno difficoltà a credere tanto comune questo difetto, è poca cosa in confronto dell'importanza di una debita recognizione del daltonismo nell'esame di coloro che cercano un impiego per terra o in mare, là dove i colori sono i segnali necessari di pericoli ed altro.

La proposta di fare un esame a Cambridge è stata presa favorevolmente in considerazione dal Comitato esecutivo: si spera che non vi si frapporranno ostacoli. Un esame così condotto deve essere di grande valore per poter valutare la prevalenza del daltonismo in una sezione educata della comunità e sarà il mezzo di attivare sopra tal soggetto maggiore attenzione di quella che siasi avuta finora nel paese.

2. **Rosso della retina nel feto e nel neonato.**

Da ricerche sperimentali istituite sulle cavie, sulle pecore, sui conigli, sui cani e sui gatti il prof. Albertoni di Genova trae le conclusioni seguenti:

1ª In alcuni animali il rosso retinico ed i bastoncini cominciano a presentarsi prima della nascita, in altri dopo la nascita.

2ª In tutti gli animali il rosso retinico raggiunge la sua massima intensità dopo la nascita; ed in quelli partoriti con gli occhi chiusi alcuni giorni dopo che li hanno aperti.

3ª In nessun animale il rosso retinico presenta al suo comparire la massima intensità, ma invece va crescendo lentamente e gradatamente.

4ª Vi ha, come si poteva presentire, un rapporto diretto fra lo sviluppo dei bastoncini e del rosso retinico. (*La Salute*, N. 13, 1880).

3. **Ipermetropia diabetica.** (*The American Journal.* Luglio).

Le complicanze oculari del diabete sono note e spesso s' incontrano la cateratta diabetica, l'emmorragia della retina e la paralisi così dei muscoli interni come esterni dell' occhio. Il dott. Landolt in un articolo al *Siglo* medico di Madrid richiama lo studio sopra un sintomo che finora non ha che poco attratto l' attenzione. Una donna di 61 anno lo consultò relativamente alla vista. La visione da lontano era sempre stata buona ed ella aveva pure veduto bene a breve distanza con l'aiuto di lenti, che ora però erano divenute inefficaci. Esaminandola egli trovò che essa aveva una ipermetropia di 1,25 dioptrie (antico N. 30), l'acutezza visiva 0,5, la presbiopia 5 dioptrie (antico N. 8). Con queste lenti essa vedeva bene, cosicchè il cambiamento della vista dipendeva dal cambiamento di refrazione piuttosto che da alterazione nell'acutezza visiva. Tal cambiamento era avvenuto dopo una caduta sei mesi prima, in conseguenza della quale essa aveva sofferto dolore al dorso e ai reni e glucosuria.

Al tempo della consultazione furono trovati 229 grammi di zucchero

in 2630 centimetri cubi di orina. Il peso specifico era 1040. Quindici giorni più tardi l'ipermetropia era solo 0,75 dioptrie (antico N. 50) e dopo quattro mesi 0,25 (antico N. 150), alla fine di cinque mesi era scomparsa affatto. La paziente era divenuta emettrope sicoome prima ed era tornata ai suoi antichi occhiali.

Contemporaneamente a questo aumento di refrazione la quantità di zucchero nell'orina diminuì e quando l'ipermetropia divenne 0,73 dioptrie, disparve affatto. L'autore attribuisce questa diminuzione di refrazione all'infiltramento dello zucchero nel vitreo onde l'indice di refrazione aumenta, mentre scema la refrazione generale dell'occhio.

4. **Caso di congiuntivite in seguito a inoculazione vaiolosa accidentale della faccia.** — (Dal giornale del Galezowski).

L'A. narra il caso singolare dello sviluppo di una grave e violenta congiuntivite all'occhio sinistro, in seguito a una inoculazione singolare di vaiolo alla faccia, dallo stesso lato. Questo seguì in una donna di anni 34, che era stata messa a nettare la stanza di una donna morta di vaiolo: essa aveva un'escoriazione alla faccia, e un servitore di quella casa, così per celia, le avea fatto passare sul collo e sulla faccia un drappo in cui la defunta era stata avvolta, e che era contaminato della materia delle pustole vaiolose.

COMUNICAZIONE

Abbiamo ricevuto la seguente circolare e ci affrettiamo a pubblicarla:

Comitato ordinatore
del
VI Congresso Ottalmologico
internazionale
Milano, Via S. Andrea, 13

Milano, il 10 luglio 1880.

Onorevole Collega,

Il Comitato ordinatore del VI Congresso ottalmologico internazionale che ebbe già l'onore di diramare una prima circolare, in data 20 febbraio 1880, si fa un dovere di inviarle copia di un estratto del Regola-

mento generale, facendo precedere quelle notizie che le potranno giovare nell'occasione del viaggio a Milano e del soggiorno nella nostra città. Ella troverà inoltre qui unito tanto la Carta di riconoscimento, che la Tessera d'iscrizione; la prima dovrà presentarsi agli impiegati delle ferrovie italiane alle frontiere per ottenere il convenuto ribasso, non disgiunta dalla seconda, la quale verrà poi rimessa al Comitato ordinatore del Congresso a Milano.

a) Per accordi stretti colle Direzioni delle nostre ferrovie, gli Oculisti italiani e stranieri che interverranno al Congresso, potranno ottenere sui biglietti ordinari il ribasso del 30 % tanto nel viaggio di andata che in quello del ritorno, esibendo la Carta di riconoscimento in uno alla Tessera d'iscrizione.

Il ribasso resta accordato a partire dal giorno 26 agosto per i biglietti di andata, fino al giorno 15 settembre per quelli di ritorno. Per quei Colleghi, i quali non avendo ricevuto direttamente questa seconda circolare coi documenti qui uniti non potessero, venendo a Milano, fruire di quel ribasso, si stanno ora dal Comitato ordinatore facendo pratiche speciali, perchè al ritorno possano ottenere sui biglietti ordinari una diminuzione di prezzo del 60 %.

b) Il Congresso, il quale avrà luogo nei primi quattro giorni di settembre p. v., terrà le sue sedute nel locale delle Scuole municipali, situate in via Borgo Spesso, N. 26; i membri del Congresso decideranno se dovranno riunirsi una o due volte al giorno.

c) Nel locale summentovato, dal giorno 29 p. v. agosto in avanti, siederà dalle ore 10 antimeridiane alle 2, e dalle 4 alle 6 pomeridiane, una rappresentanza del Comitato ordinatore, a disposizione dei signori Colleghi che man mano giungeranno, per riceverli e fornir loro quelle informazioni che saranno del caso. Ad ognuno degli intervenienti, al momento di sua presentazione, sarà rimessa una planimetria della città di Milano; e, quando non ne sia già possessore, la Tessera d'iscrizione che nello stesso tempo servirà di piccola guida per le importanti indicazioni circa gli alloggi, le visite ai monumenti, agli ospedali, ecc.

d) Ogni membro del Congresso dovrà sborsare al Cassiere del Comitato ordinatore una tassa fissata in L. 10, del quale versamento gli verrà rilasciata apposita ricevuta, e che gli darà diritto ad intervenire alle sedute, a prendere parte alle discussioni e ad ottenere gratuitamente una copia del Rendiconto ufficiale del Congresso, il quale verrà al più presto possibile pubblicato nelle due lingue, italiana e francese. Ognuno dichiarerà se intende preferire la copia stampata nell'uno piuttosto che nell'altro idioma.

e) Viene fin d'ora stabilito, quando un dato numero di Soci intenda

aderire alla proposta, un fraterno banchetto di addio da tenersi la sera del giorno 4, a cui ogni membro potrà intervenire aggiungendo altre L. 10 alla quota già stabilita.

f) La lingua ufficiale del Congresso sarà la francese; verrà però data facoltà a ciascun membro di leggere memorie o di parlare nel proprio idioma, semprechè di quelle sia presentato in prevenzione un sunto in francese, e le discussioni vengano mano mano tradotte dalla cortesia di qualche membro presente poliglotta.

g) Non sono fissati temi da discutersi al Congresso, perchè in proposito nessuna disposizione venne presa nell'ultima riunione di New-York; le memorie saranno lette nell'ordine col quale le domande furono inoltrate al Comitato, e sopra ognuna di esse sarà subito aperta la discussione. Prima della chiusura di ogni singola seduta saranno proclamati gli argomenti che nella futura dovranno essere svolti e discussi.

h) Alla fine di ogni seduta si consegneranno all'ufficio di Presidenza le memorie lette e possibilmente un sunto delle stesse in lingua francese, dovendo servire le prime per il Rendiconto generale del Congresso, ed il secondo per la stesa del processo verbale giornaliero da leggersi allo aprirsi della seduta del dì seguente.

i) Nel locale del Congresso verrà destinata una sala per l'esposizione di tutti gli strumenti ottici o chirurgici della specialità, che, o dai diversi fabbricatori direttamente o per mezzo degli oculisti inventori verranno inviati.

j) Il Comitato ordinatore ha già fin d'ora fissate diverse Rappresentanze le quali possano servire di guida agli onorevoli membri del Congresso nelle visite degli istituti, degli edifizi e delle particolarità di Milano; ed a tal uopo vennero prese disposizioni perchè in ore stabilite ne sia gratuitamente permesso l'accesso.

ESTRATTO DEL REGOLAMENTO

Art. 1. — Lo scopo del Congresso periodico internazionale di ottalmologia è quello di secondare il progresso della scienza ottalmologica e di servire di centro ai medici che la coltivano. Ogni discussione estranea a questo scopo resta vietata.

Art. 2. — Il numero dei membri è illimitato.

Art. 3. — Per partecipare al Congresso, bisogna possedere un diploma di dottore in medicina od in chirurgia, o di dottore in scienze, od un titolo legale equivalente, o finalmente presentare dei titoli scientifici d'una non dubbia notorietà.

Art. 7. — Prima di chiudere una sessione, il Congresso fissa la sede della sua prossima riunione, e nomina alla sede stessa un Comitato prov-

visorio, che investe di un potere sovrano per la direzione degli affari e la centralizzazione amministrativa. Questo potere spirerà dopo l'apertura della sessione seguente.

Art. 15. — Le decisioni del Congresso sono prese a maggioranza e per alzata e seduta, a meno che lo scrutinio segreto non sia richiesto da dieci membri.

Art. 16. — Le decisioni regolarmente prese in una seduta, diventano obbligatorie per tutti i membri presenti o assenti alla deliberazione.

Art. 17. — I lavori di ogni seduta hanno luogo nell'ordine seguente:

I.° Lettura, fatta dal Segretario, del processo verbale della seduta antecedente;

II.° Presentazione delle opere offerte;

III.° Lettura della corrispondenza;

IV.° Lettura dei rapporti presentati e nomina delle Commissioni;

V.° Comunicazioni verbali;

VI.° Lettura dei lavori scritti;

VII.° Discussione;

VIII.° Determinazione dell'ordine del giorno per la seduta seguente. Quest'ordine del giorno, a più esemplari, viene affisso nella sala, per cura della Presidenza.

Art. 18. — Le comunicazioni non dovranno durare più di un quarto d'ora, e la parola non è accordata, nelle discussioni, ad ogni oratore, che per cinque minuti, salvo casi particolari in cui l'assemblea consultata crederà prolungare questi limiti di tempo.

Art. 19. — Il Congresso decide in ogni caso se le comunicazioni dovranno essere stampate nel rendiconto per intiero od in estratto.

NOTIZIE

Il famoso dottor Buchanan del quale fu detto nel fascicolo di gennaio (pag. 80) è stato arrestato a Filadelfia insieme a tre suoi complici sotto la imputazione di frode continuata e di falso in atti pubblici. Gli fu accordata la libertà provvisoria dietro la cauzione di 10,000 dollari (L. 50,000). Vuolsi che questi fabbricanti di falsi diplomi, abbiano creato fra la Germania e l'Inghilterra 3000 (tremila) dottori. Ecco un fatto gravissimo che deve tenere molto oculati quei pubblici funzionari ai quali incombe di constatare nei forestieri l'idoneità all'esercizio quale viene ammesso dalle nostre leggi vigenti.

Dott. Andrea Simi, ***Direttore responsabile.***

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Indice alfabetico delle materie contenute nel Vol. II.

(ANNO II).

A

Amaurosi completa in 24 ore per alcool metilico. Mengin. . Pag. 51
— e temporanea da ingestione di salicilato di soda 169
Ambliopia atropinica. Galezowski. 13
— . . . . . . Simi . . 165
— solfo-carburica. Galezowski . . 19
— per anilina e fucsina. Id. . . . 38
— saturnina. Id. 39
— per idrargirio. Id. 52
— per chinino. Id. 53
— per veleno del serpente. . . . 53
Anosfalmia 150
Antisettica (sulla medicatura oculare). Simi 5
— — Snellen. 75
— — Secondi 159
Astenopia consecutiva a lesione alveolo-dentaria. 112
Avviso al lettore 1

B

Bagno di mare nelle ottalmie scrofolose 46
Bibliografia. 24, 44, 59, 104, 120 e 136
Blefarospasmo doppio clonico e tonico 164

C

Cardiache e le oculari malattie (rapporti fra le). Rampoldi 8
Caruncola lacrimale (abscesso della) 112
Cateratta secondaria (cura della). Simi . . . . 105 e 125
Cheratitide dei mietitori. Id. . . . 137
— ipopion 57
Cisti sierosa congenita sotto la palpebra inferiore nel microftalmo. Talko . . . . Pag. 70
— trasparenti delle palpebre. 113 e 134
Congiuntiva umana (forme cellulari che compongono l'epitelio della). Tantuferi 70
Congiuntivitide per inoculazione accidentale. 181
Congresso ottalmologico (VI) internazionale 181
Cordone joloideo (sulla persistenza del). Fournet 30
Cornea (contribuzioni allo studio delle malattie della). Simi . . . 81
— (contribuzione allo studio dell'ulcera serpiginosa della). Danesi . 176
— (trapiantazioni di un ciglio nella). Morano 149
— (cauterizzazione ignea della). Coursserant. 168
Coroideo (alterazioni del pigmento) negli alienati. Riva 132
Corpi estranei nell'occhio e la calamita. Mauchè 11
— nell'iride 99
Corrispondenze . . 77, 79, 127 e 130
Curaro (sull'azione del) sull'occhio. Galezowski 54

D

Dacriotomo di Giraud-Teulon . . 118
Dacriocistitide e rinitide 153
Daltonismo. W. Page. 179

E

Enervazione dell'occhio (processi operatori per la). 116

Entropion (operazione per correggere un). Simi . . . . . Pag. 3
— nuova operazione per Holz di Chicago 115
Ectropion inflammatorio di tutte e quattro le palpebre. 123
Ernia dell'iride (escisione dell') nelle ulcerazioni della cornea. Simi. . 25
Eserina (salicilato cristallizzato di). 22
— (indicazione e controindicazione dell'). Rampoldi 37
Esoftalmia. Romiée (di Liegi) . . 49
Enfisema palbebrale istantaneo. Raggi 167

F

Ferita del globo oculare nella sezione ciliare. Machinsloy. 145
Formulario.
— contro il panno tenue della cornea. 16
— contro l'herpes cornea 43
— medicatura antisettica 119
— collirio disinfettante 135
— soluzione id. 60
— pomata id. 60
— id. id. 60
Freddo (influenza del gran) sulle affezioni oculari. Galezowski . . 163
— (Salicilato d'Eserina). 22

G

Glaucoma acuto (anomalie di un caso di). Brière 50
Granulazioni (escisione del cul-di-sacco superiore delle congiuntive nelle), Giffo. 33
Grafoscopio di Giraud Teulon . . 99

I

Igiene nelle nostre scuole. Simi. . 65
— della scuola 92
Illuminazione ed ingrandimento delle parti anteriori dell'occhio. Adams 133
Imagini accidentali e soggettive. Cintolesi. 41
Interessi professionali 80
Ipermetropia diabetica. Landolt . 180
Iridodialisi rimediata con l'iridoencle si. Simi 17
Iride (abscesso dell'). 98
— (assenza congenita dell'). Pag. 150
Iritide gottosa con ipoema . . . 114

L

Lateropulsione oculare nella paralysis agitans 28
Lipoma congenito della congiuntiva. Businelli. 61
Luce elettrica (influenza della) sulla vista. Cohn 71

M

Midriatici e miotici 95
Miopia ed i libri di scuola. Javal. 148
Muscolo retto interno (atrofia del tendine di un). Mangin 30

N

Nervo ottico (coloboma del) . . . 113
Nevrotomia ottico-ciliare . . , . 99
— in caso di irido-coroidite antica, dolorosa; con accidenti simpatici. Mangin 111
Nevrite ottica (patogenesi della) . 96
Nevro-retinite con fenomeni cerebrali, seguita da guarigione. Romiée 151
Nistagmo e sua etiologia 29
Notizie . . 24, 43, 76, 103, 135, 164, 184, 172.
— Necrologiche . . . . . 16 e 104

O

Occhiali isocromatici del Ponti di Venezia 23
— ai militari del Belgio 121
Occhio (assenza congenita di un) . 150
— nella parte media ed inferiore della faccia. 168
Oculistica (sezione) del Congresso medico internazionale (Amsterdam) 71
Oftalmie scrofolose (bagno di mare nelle). Simi 46 88
Ottalmia blenorragica. Prof. Dor. 133, 143
— — Critchett 144
— simpatica dopo l'escisione del globo oculare 149
— delle nutrici 173

P

Palpebre (cisti trasparenti delle) . 113

Paracentesi della camera anteriore, negli abscessi ed ulceri della cornea. Mengin . . . . . . Pag. 161
Paralisi di tutti i muscoli dell' occhio e del 5° paio 112
— dell' accomodazione consecutiva alla febbre tifoidea. 162

R

Rosso della retina nel feto e nel neonato. Albertoni 180

S

Sclerotica pericorneale (ascesso della). Galezowski 97
Sclerotomia (nuovo metodo per eseguire la). Martin. 147
Simpatie oculari 110
Santonina (azioni della) sulla retina. Galezowski 54

T

Tumore melano-sarcomatoso dell' iride. Galezowski . . . Pag. 98
Tarsite scrofolosa (contribuzione allo studio della). De Vincentiis . . 35
Tetano provocato dalla presenza di un corpo estraneo nella congiuntiva. 147
Tumori intra ed extra oculari (contribuzione alla storia de'). Quaglino 33
Tenonite metastatica nella difterite. 146
Tenotomia nella miopia 171

V

Visione rossa negli operati di cateratta. Galezowski. 21
Varietà. Pag. 44, 58, 171.

Z

Zolfo (attossicamento per lo). Simi. 55



BOLLETTINO D'OCULISTICA

BOLLETTINO

D' OCULISTICA

DIRETTO

dal Dott. ANDREA SIMI

colla collaborazione di distinti medici

ANNO III

FIRENZE
TIPOGRAFIA COOPERATIVA
Via Monalda N. 1

1880-81

CORTESE LETTORE

Eccomi nuovamente ad incominciare quella tenue fatica, che io ti ho dedicata per due anni consecutivi.

Tu conosci, oramai, quali sieno le mie intenzioni e sai che scrivo di oculistica, toccando soltanto quegli argomenti che più possono premere a te che sei medico pratico, e presentandoteli in modo, che tu possa giovartene anche in mezzo alle occupazioni dell'esercizio. Perchè sono convinto che non si possa così di punto in bianco, e contrariamente ad inveterate abitudini, chiamare a studj prolissi il medico militante, al quale le fatiche della pratica non lasciano la lunga quiete che hanno quei teorici, i quali poi si compiacciono di scrivere secondo il costume de' matematici. E reputo che questa sia una, ma non piccola cagione del fatto che vedesi tuttodì accadere per danno dell'arte, quello cioè che i dettati della scienza arrivano tardi e forse non giungono mai fino a chi dovrebbe utilizzarli in benefizio della umanità.

Se non che ciò non implica che io creda debbasi continuare per sempre con il medesimo stile; anzi reputo che lo studio dell'oculistica quale faccio ora io con te, debba ormai durare tempo non molto lungo.

E presto intraprendendo a studiare argomenti un po' più astrusi di quelli che io fin' ora ti ho scelti, potrò condurti al punto, ove potrai giovarti facilmente e bene di un periodico che non resti troppo al di sotto dei suoi confratelli, come ora è questo nostro.

Mi auguro che ciò possa accadere realmente in tempo breve, ma ad ogni modo, non mi lascerò vincere dall'amor proprio, e non precipiterò il mio lavoro, perchè vorrò sempre ricordarmi che il maggior premio che possa avere chi scrive, è di essere letto e di rendersi utile. A. Simi.

DACRIOCISTITIDE E CHERATITE-IPOPION

Quest'anno durante la stagione della mietitura io ebbi occasione di vedere un numero più grande di ferite della cornea, di quello che mi sia accaduto negli anni precedenti; nè sono arrivato a conoscerne la cagione. Questa però non può dipendere che da fattori di poca utilità pratica; — mentre non possonsi attribuire le ferite ad altro che all'accidentalità, non vi è regola per la distribuzione dei malati fra i vari pratici di un paese. —

Il numero relativamente grande di questi ammalati (42) che venivano sottoposti alla mia osservazione poco tempo dopo che io aveva avuto l'occasione di prendere la parola su tale argomento all'Accademia medico-fisica (1) è stata per me un'occasione favorevole per volgere la riflessione ai punti i più controversi, e specialmente a quello sollevato dal signor Martin di Cognac. Tutti sanno che il detto oculista attribuisce tutta la malignità della cheratitide che si sviluppa nei mietitori dopo essere feriti dalle spighe del grano, alla preesistente dacriorrea o dacriocistitide. Io in quella occasione avevo considerata l'opinione del signor Martin come non accettabile interamente, e fra le altre ragioni avevo creduto di valutare questa, che cioè non mi pareva si potesse ammettere fra i mietitori un tanto numero di ammalati al sacco lacrimale quanti ve ne vorrebbero per dare poi il numeroso contingente delle cheratiti-ipopion che si osservano. Perchè se di 100 feriti egual numero avessero dacriocistitide, converrebbe accordare a questa malattia una strana frequenza ed avere una popolazione tutta in epifora. Nè questo mi pareva che fosse.

Conviene però che io confessi che prima di quella occasione non era andato, nei singoli casi che si erano offerti

(1) Vedi *Bollettino*, Anno II, pag. 137 e *L'Imparziale* Anno XX, N. 7.

alla mia osservazione, ricercando con diligenza minuta le condizioni del sacco lacrimale. Quando un malato non mi raccontava di lacrimazione preesistente, e quando sotto la pressione del sacco non vedeva refluire nella congiuntiva il liquido torbiccio del catarro, io non mi fermavo oltre sul fatto; onde io mentre ero certo di aver visto la dacriorrea più raramente di quanto asseriva il signor Martin, e di aver osservato che a questa in taluni casi dovevo attribuire la gravezza del male, non potevo pronunziare alcuna cifra al riguardo.

Queste mie 42 nuove osservazioni, le quali si riferiscono tutte a casi non recenti e ad abscessi già formati, mi hanno condotto a constatare 42 casi di dacriocistite. Di questi uno più recente guarì facilmente e prontamente coll'eserina, e gli altri ebbero tutti un esito infausto e grave in proporzione con i guasti che io aveva verificati all'iniziare della cura.

Non solo non fa meraviglia, ma oggi non ha più interesse il notare che la coesistente dacriocistitide aggravi la malattia; ma non è così del numero delle dacriocistitidi costatate in questa occasione. Perchè, ripeto una seconda volta, se tutti i 42 mietitori feriti avevano antecedentemente ammalato il sacco lacrimale, o bisogna trovare una legge di selezione che porti questi ad essere feriti di preferenza a quelli che hanno il sacco lacrimale integro, o bisogna ammettere che quasi tutti quelli che si espongono al caso di una ferita di questo genere, cioè tutti i mietitori, siano ammalati di dacriocistitide. Ma questa seconda ipotesi non è ammissibile, perchè nel corso di un anno difficilmente io vedrò un sacco lacrimale ammalato sopra trenta che avrò l'occasione di esplorarne. E voglio prendere questa maniera di censimento per rispondere anticipatamente alla obiezione che taluno volesse farmi, e cioè che coloro che soffrono soltanto di lacrimazione non vanno dall'oculista e quindi sfuggono al computo. Ma se realmente la malattia fosse così frequente, come a prima vista saremmo tentati di ammettere, noi dovremmo verificarla nella dovuta proporzione

nei malati che si recano a consultarci per altri morbi oculari ed ai quali tutti più o meno il sacco lacrimale è esplorato, e circa i disturbi della escrezione delle lacrime è fatta opportuna interrogazione e ricerca.

Circa l'ipotesi prima formulata apparisce più facile lo escluderla che l'ammetterla. Informandomi accuratamente delle accidentalità dell'avvenimento, nessun ferito mi raccontò cosa che m'abbia fatto sospettare che abbia reso più facile la ferita o l'essere l'occhio impedito nei movimenti palpebrali od offuscato nella vista sia per il ristagno delle lacrime nel sacco congiuntivale, sia per iperemia od enfiagione. Anzi io dirò che nel fare queste indagini sono venuto alcune volte a trovare infermi i quali negavano assolutamente di avere avuto il disturbo funzionale dell'apparecchio lacrimale, mentre erano di quei medesimi dal sacco dei quali refluiva sotto poca pressione molto muco pus. Ora se in costoro il vizio c'era non poteva essere considerato causa di quel contegno dell'occhio che lo rendesse meno atto a scansare il corpo feritore. Farebbe riscontro a ciò un'altra mia osservazione, e si è quella di un uomo che esaminato da me due giorni consecutivi e trovato col sacco vuoto, dopo tre altri giorni ritornò a farsi visitare con una bella dacriorrea. E fu un tale che guarì conservando solo un piccolo leucoma, e che a fine della guarigione della cheratite ebbe guarito il sacco lacrimale senza aver fatto altro che iniettare nel naso una soluzione tepida di biborato di soda. Ed anche il fatto di una donna da me considerata come l'unica eccezione fra i 42 infermi dei quali dico, e che a questi giorni tornò per farsi congedare, guarita, e che trovai con dacriocistide. E riscontravo ancora alcuni fatti non dubbj nei quali le condizioni del sacco eran peggiorate durante la cheratite-ipopion.

Di qui mi verrebbe il sospetto che la malattia del sacco molte volte possa essere secondaria, e che a destarla o per lo meno ad accrescerla possano non essere del tutto estranei

i medicinali che si instillano nel sacco congiuntivale, o l'assorbimento dei materiali, che vengono eliminati dalle cornee infiammate. Ma a tal riguardo non saprei in qual modo venire ad una soluzione del quesito meno che seguitando le osservazioni su larga scala, o piuttosto invitando i miei colleghi a dirigere in questo senso le loro osservazioni.

RIVISTE

1. **Della operazione di cateratta mediante la discisione posteriore.** *Discorso clinico del prof.* WARTON YONES. — 19 febbraio 1880. — Dal *Lancet.*

L'A. dimostra che lacerando la capsula posteriore e rompendo il tessuto della lente, ha ottenuto l'assorbimento di cateratte dure da lui operate in individui vecchi con risultato felice e senza inconvenienti di sorta. S'intende facilmente il vantaggio che si può avere nel rispettare la parete anteriore della cristalloide, e come questo possa esser tale da darci una storia clinica molto diversa da quella che compete alle ferite dell'involucro del cristallino, che ne mettono il tessuto in contatto con l'acqueo, e ne trasportano i lacerti sull'iride. Il tessuto del cristallino deve reagire diversamente in contatto del vitreo, nè questo può subire la medesima irritazione patologica dell'iride. Tutto sta ad avere un assorbimento completo e sufficientemente pronto. Se questo sia, potrebbe ripetersi con l'A. che l'operazione di cateratta mediante la discisione fatta dalla parte posteriore è la più semplice e più facile per il chirurgo, la più sicura e meno dolorosa pel paziente, ed ugualmente utile nei vecchi con cateratta dura come nei giovani con cateratta molle, cioè a dire, la migliore di tutte. L'osservazione clinica lo deciderà.

2. **Illuminazione elettrica.**

Nel *Progrès Médical* del 30 luglio e del 7 agosto, M. Poncet (de Cluny) ha inserito un lavoro sulla illuminazione con la luce elettrica. Io ne estraggo quelle notizie che più possono interessarci, e cioè quelle che si riferiscono al confronto della illuminazione elettrica con quella del gas in rapporto con l'acutezza visiva ed il potere cromatico, e ciò che riguarda ai danni che può produrre sull'occhio.

Meyer, comparando fisicamente la luce elettrica a quella del sole, la trova leggermente gialla; in confronto a quella del gas è di un tono bluastro-violetto.

Cohn afferma che l'acutezza visiva alla luce del gas comparata a quella

del giorno è inferiore da 1|10 a 5|10, mentre per la luce elettrica aumenta da 1|10 a 5|10 secondo la scala di Sneller e da 3|10 a 8|10 secondo quella di Burchardt.

La luce elettrica sembra perfezionare il senso dei colori relativamente alla luce del giorno, per il *rosso*, il *verde*, il *bleu* ed il *giallo*, e ciò in proporzioni che varia da 1 a 2, 3 e fino 4 per il rosso.

Comparativamente al gas, la luce elettrica migliora sempre il senso dei colori e nella proporzione seguente:

Per il rosso, da 2 a 6 — il verde da 2 a 4 — il bleu da 1,5 a 2 — il giallo da 2 a 5.

Il lato della quistione, finora, meno studiato è quello relativo agli effetti che la luce elettrica può portare sull'occhio e che da molti si considerano come dannosi. Ma le osservazioni cliniche mancano quasi per intero, e come dice l'A. si limitano ad una specie di leggenda.

Regnault avendo riconosciuto che la cornea era poco fluorescente, che il cristallino, il vitreo e la retina lo erano a grado differente, ammise che la luce elettrica dovesse essere eccessivamente dannosa, per fatto della commozione dei tessuti. Infatti poi, le analisi spettrali hanno dimostrato nella luce elettrica l'abbondante ricchezza dei raggi chimici. Ma ciò non prova che uguale sia la luce filtrata per convenienti diafragmi.

Quanto ai fatti clinici è da osservare che dopo la introduzione della illuminazione elettrica nelle fabbriche, non si è veduto sorgere od almeno non si è veduto pubblicato nessun caso di malattia dell'interno dell'occhio, attribuibile a detta causa.

Ora il nostro A. con ragione conclude che nelle condizioni attuali degli studi, mentre di tutto si tiene conto, e di ogni pubblicazione si prende conoscenza, ciò diviene un buon argomento in favore della sua tesi.

Però a questo riguardo io mi permetto di porre innanzi una osservazione che contradirebbe un poco questa asserita non nocevolezza della luce elettrica. Si facciano al mio caso tutte le obiezioni che merita; e non fosse altro perchè è unico, mentre un migliaio di persone si erano sottoposte alla influenza della luce elettrica; pure conserverà sempre qualche importanza.

Il fatto è questo. Circa due mesi fa assistetti ad un concerto che si dette in Firenze nel pomario della Società di Orticoltura tutto illuminato, per la circostanza, con lanterne elettriche prese dall'Officina delle Strade Ferrate (candela racchiusa in un tubo di vetro metà smerigliato). Sul momento non ebbi alcun disturbo: nella notte fui tormentato dalla presenza dinanzi agli occhi di una luce colorata lievemente in azzurro. Non si trattava di fantasma o di reminiscenza, ma era un vero fosfeno.

Al sopravvenire del giorno, io ebbi gli occhi affaticati, e non potevo

guardare la luce con la mia abituale franchezza. Messomi ai miei lavori; cioè ad esaminare i miei ammalati; trovai dell'impaccio, onde presi per malato me e mi sottoposi ad un esame accurato. Trovai: ad una luce moderata avevo acutezza visiva normale, ma in leggendo anche pochi versi ero preso da astenopia con lacrimazione abbondante. L'accomodazione era la mia abituale, ma non potevo disporne regolarmente, e nelle vicinanze del punto prossimo non si effettuava senza uno sforzo di volontà e dopo un certo tempo, e con un po' di dolore.

Il senso cromatico non era alterato perchè distinguevo regolarmente ciascun colore; ma dopo un poco di osservazione il colore spariva come attraversato da una nube azzurra, e tutto diveniva tale.

Nel dopo pranzo si aggiunse della fotofobia. Allora mi posi nella completa oscurità e vi rimasi finchè non mi parve che tutto fosse dissipato, cioè 18 ore. In questo tempo la solita luce bluastra mi tormentava di quando in quando, e pareva mi illuminasse la camera, e per di più aveva tale acutezza visiva che distinguevo tutti i mobili della stanza mentre i miei famigliari erano immersi nelle tenebre profonde e non potevano distinguere un bel nulla.

Dopo la guarigione ebbi bisogno di portare occhiali colorati per cinque o sei giorni, perchè la luce del sole (*alla quale sono abituato*) mi dava noia soverchia.

Ignoro se io potessi impunemente tentare l'esperienza per più giorni di seguito.

3. **Sulla medicazione di Lister nelle operazioni di cateratta.** — Reymond, *Giornale dell' Accademia di Medicina di Torino*. Luglio 1880.

Ci premeva assai di conoscere qual fosse sull'argomento, l'opinione autorevole del dotto clinico di Torino, onde di buon grado registriamo quanto di più importante trovasi nella sua memoria.

L'esperienze dell'Autore sono 182 (furono fatte dall'ottobre 1879 al 10 luglio 1880). Dalle ricerche sue pare dimostrato che la medicazione di Lister può essere applicata in oftalmologia, purchè praticata rigorosamente: che per contro l'applicazione parziale dei diversi fattori della medicazione è malissimo tollerata e probabilmente dannosa.

Questa conclusione è di grande importanza, poichè senza dubbio a molti è seguito (come al referente) di principiare l'esperienze dall'applicare i diversi fattori isolatamente e rimanendone disgustati astenersi poi dal continuare gli studi opportuni.

Divideremo, come fa l'Autore, l'esperienze in tre serie:

Serie 1ª. — Numero 31 operazioni.

L'occhio veniva nettato con pezzuole ordinarie di lino, e terminata la

operazione si applicavano sulle palpebre alcuni strati di garza timolata secca, larghi 6, 7 mmq. Sulla garza si applicava cotone fenicato secco. L'operazione e le medicature erano fatte sotto la nebbia fenica con soluzione dall' 1 $1/2$ al 2 $\%$ e con lo spray a vapore della fabbrica Marr. In 7 operazioni fu applicato un largo pezzo di silk, lavato nella soluzione fenica, al disotto della garza.

Resultati: Numero 3 panoftalmiti per fusione della cornea iniziata nel primo giorno; Numero 2 chiusure della pupilla per irite e cicatrizzazione irregolare della ferita; Numero 1 caso d'irite leggera; Numero 13 casi di eritema della cute; Numero 9 casi nei quali la palpebra superiore aveva una tumefazione indolente, che non parve caso grave e scomparve appena tolta la fasciatura. In 7 casi si vide un leggero catarro umido. In parecchi malati, cessata la medicatura, la congiuntiva, al parere dell'Autore, si mantenne iniettata per un tempo che oltrepassava i limiti comunemente osservati.

Serie 2ª. — Comprende 36 operazioni, delle quali una va defalcata perchè l'uscita del vitreo la fece aggiornare.

La sera precedente l'operazione si lavavano accuratamente le ciglia, palpebre, margini palpebrali e la cute delle parti vicine con soluzione fenica al 2 $1/2$ per $\%$ e in seguito all' 1 $1/2$ per $\%$. Sovra un pezzo bucherellato di silk largo, bagnato nella medesima soluzione fenica si applicavano parecchi strati di garza fenica bagnati pure nella soluzione fenica in modo da oltrepassare i limiti del silk. Si copriva il tutto con cotone fenico secco ed una larghissima pezza di mackintoh. Tale medicazione era poi fissata con una benda di garza.

Al momento della operazione si toglieva l'apparecchio sotto la nebbia dello spray. I ferri erano bagnati nell'alcool assoluto. Dopo l'operazione si applicava la medicatura eguale a quella della vigilia.

Mano mano che si compieva questa serie di operazioni si andò modificando il medicare nel seguente modo: Si adoperò il silk bucherellato di forma ovale capace di cuoprire tutto l'ambito delle palpebre, eccettuatone il sopracciglio. Con listerelle di silk vennero coperte le parti adiacenti. La garza oltrepassò sempre il territorio coperto dal silk. Fu cercato che la garza non si essiccasse facilmente e quindi se ne usarono 15 o 20 strati senza spremerli e frequentemente cambiati. S'imprese a fare delle instillazioni con acqua fenica all' 1 $1/2$ per $\%$ e poi al 0,75 per $\%$ nel sacco congiuntivale prima e dopo l'operazione. Durante l'atto operatorio l'occhio venne nettato mercè garza bagnata nel medesimo liquido.

Resultato: Numero 3 perdite dell'occhio, chè una volta per fusione rapidissima della cornea (12 ore): uno per infiltrazione del lembo al quarto giorno; il terzo per fusione purulenta della cornea incominciata

al settimo giorno. Tutti gli altri ricuperarono un grado di vista soddisfacente. Gli eritemi della cute si osservarono in 10 ammalati. La tumefazione delle palpebre 12 volte. Il catarro 6 volte. Più volte, e specialmente in 7 casi, si videro delle infiltrazioni parziali, bianche o gialliccie, e delle masse fibrillari che si estendevano nella camera anteriore partendo dalla faccia interna di qualche punto della ferita.

Serie 3ª. — Comprende 111 operazioni. In questa serie si hanno due particolarità nella medicatura: gli strumenti erano tenuti immersi nella soluzione fenica al 2 % o al 2 ½ % donde erano tolti al momento d'usarli: quando gli strumenti erano presi dal bacile d'acqua fenica, l'operatore prima di usarli li immergeva nella soluzione fenica all' 1 ½ per %.

Prima, durante e dopo l'operazione si lavava sempre con soluzione fenica all' 1 ½ per % e si faceva penetrare la soluzione nel sacco congiuntivale.

Dice l'Autore che stabilendo queste serie non ebbe in animo di segnalare questa pratica, ma bensì di aprire un nuovo computo per operazioni nelle quali potè raggiungere una perfezione di medicatura che solo la pratica può insegnare. E nota che durante l'operazione, per esempio, è cosa che può rompere il rigore listeriano il toccare la fronte dell'operando, la faccia, i capelli; che anzi a questo riguardo ei prese l'abitudine di far radere barba e capelli agli uomini, ed alle donne di ungere i capelli con pomata fenicata.

Ora, da queste ultime osservazioni l'Autore conclude che usando la garza molto umida ed impedendole di essiccarsi, usandone della più molle e meno impregnata di paraffina, adoperando il phenol assoluto inglese, si ottengono dei processi di cicatrizzazione più regolari, e senza quelle persistenti irritazioni oculari che provengono dalle infiltrazioni parziali dei margini o della faccia interna della ferita.

4. **Ricerche sperimentali sopra le conseguenze tardive della nevrotomia ottico-ciliare,** per RÉNARD (*France médicale,* 14 Agosto 1880).

Queste esperienze fatte sopra un discreto numero di animali (40 circa) hanno molta importanza, perchè servono in qualche modo ad aiutarci a valutare l'operazione proposta dall'Abadie per scongiurare l'ottalmia simpatica (1).

L'A. ha fatto una prima serie di esperienze tagliando i nervi ciliari e rispettando il N. O., ed eccone le conclusioni:

a) I nervi ciliari sono sensibili; quando si eccitano sul cane non cloroformizzato questo manifesta dolore.

(1) Ved. *Bollettino* anno II, pag. 99.

b) Dopo la loro sezione totale, la cornea perde, immediatamente dopo l'esperienza, il suo lustro e la sua trasparenza abituale e diviene insensibile. La pupilla si dilata; e ciò nel cane. Nel coniglio può vedersi in principio una contrazione seguita presto da dilatazione pupillare.

c) Se la sezione è parziale, si ottiene una anestesia ed una dilatazione parziale, onde irregolarità della pupilla. Tagliando i filetti ciliari esterni, la pupilla si paralizza al lato esterno, ed in dentro può contrarsi sempre sotto l'azione della luce.

d) La nutrizione della cornea e dell'occhio si fa regolarmente, a condizione che il traumatismo operatorio e l'emorragia retroculare non sieno gravissimi.

Quanto ai resultati remoti:

e) La pupilla resta dilatata per un tempo assai lungo (4 a 5 mesi).

f) La sensibilità verso il terzo mese ritorna, e prima più qua e più là e poi in generale. In animali operati un anno e mezzo prima, la sensibilità della cornea è perfetta.

g) In molti animali la vista rimane intatta. In alcuni si offende assai e si notano la *nevrite, emorragie delle papille, dilatazione delle vene*, ecc.

In una seconda serie d'esperienze l'A. ha fatto la sezione simultanea del N. O. e dei nervi ciliari, ed ha veduto:

a) Immediatamente dopo l'operazione anestesia completa della cornea e dilatazione enorme della pupilla.

b) Il fondo dell'occhio e la pupilla sono anemici, e solo qualche vena è ingorgata di sangue.

c) Spesso si hanno delle conseguenze gravi: la cornea si perfora, l'iride fa ernia, il globo dell'occhio si atrofizza rapidamente. E questo si verifica di preferenza nei casi ne' quali il sangue versato dietro l'occhio impedisce la riunione immediata, o quando il globo oculare fu denudato in vicinanza della inserzione del retto superiore. — L'A. attribuisce questi accidenti alla lesione dei *vasi ciliari anteriori*.

d) In molti casi la cornea ha conservata la sua trasparenza, ed il globo oculare *ha conservata la sua forma* e non si è *minimamente alterato*. Anche in animali operati da un anno e mezzo, il globo oculare non offre la minima atrofia. Il cristallino è trasparente. Soltanto il vitreo ha mostrato un po' d'intorbidamento dopo 3 o 4 mesi.

e) All'ottalmoscopio si trovano punti neri emorragici, ed all'intorno della pupilla atrofica si vedono delle placche di atrofia coroidea. Le vene sono dilatate, i vasi regolarmente disposti. La pupilla per un tempo assai lungo resta dilatata; dopo 6 mesi ad un anno riprende in parte la sua contrattilità, ma debolmente.

f) La sensibilità in capo a 5 o 6 mesi ritorna più qua e più là. In

animali operati da un anno e mezzo è quasi completa. I nervi ciliari si direbbe che *sono rigenerati*.

L'A. ci promette i resultati dell'esame istologico che ha fatto sui nervi ciliari e sul nervo ottico.

5. Due casi di tenotomia di un oculomotore con effetti gravi.

A buon diritto la tenotomia dei retti *esterno* od *interno* è considerata come operazione scevra di pericoli: vi hanno però dei casi, nei quali si è verificato eccezionalmente un esito cattivissimo, come ne' due che racconta il nostro A. Simili casi debbono essere diligentemente raccolti e studiati per rintracciare quell'elemento causale, *eccezionalmente verificatosi*, che può averli prodotti.

L'A. praticò una prima tenotomia del retto esterno ad un individuo miope, il quale aveva insufficienza del retto interno, misurabile in *14 gradi*. L'operazione fu fatta durante la cloro-narcosi.

Dopo l'operazione scomparve tutta quella insufficienza che si può verificare col far guardare un punto di mira mentre un occhio è nascosto dietro un diafragma opaco (1). Le immagini doppie mostrano una piccola differenza di altezza, il bulbo è mobile da ogni parte.

L'infermo poco prudente, alcune ore dopo l'operazione lasciò il letto, fece colazione e si mise alla finestra a fumare un sigaro.

Nella notte egli ebbe dei brividi di freddo. La mattina dopo presentava edema della congiuntiva del bulbo, prominenza del medesimo e difficoltà nei suoi movimenti. Enfiori delle parti molli circostanti. Visione buona, cornea trasparente. Iride di colore e reazione normale. Ad onta di ogni premura si accese la flogosi flemmonosa del cellulare orbitario, e durante il processo di questo si verificò l'atrofia completa del nervo ottico.

L'operazione era caduta in un giorno nel quale soffiava un vento Nord-Est freddissimo, ed altri chirurghi che praticarono altre operazioni, verificarono degli inconvenienti flemmonosi simili.

In altro ammalato fu praticato lo spostamento in avanti del muscolo

(1) Questa esperienza si pratica così: Si presenta al paziente un corpo luminoso, e, per esempio, il manico di una penna, tenendoglielo sulla linea mediana. Quando la fissazione è incominciata, si nasconde l'oggetto ad uno degli occhi mettendo su questo una mano. Allora quest'occhio, non più diretto dalla fissazione, prende col suo asse visivo la direzione che gli conviene per lo stato dei suoi muscoli. E se il retto interno fosse insufficiente, l'occhio si porrebbe in divergenza: e poi allo allontanare della mano farebbe uno scatto in dentro, per porsi in armonia di direzione coll'occhio opposto. Possedendo un vetro smerigliato l'esperienza si fa anche meglio perchè si vede traverso tal diafragma l'occhio deviato e si può misurare esattamente l'angolo della deviazione.

retto interno, e l'incisione del tendine del retto esterno. L'operazione fu fatta nell'ospedale generale, e non potè trovarsi alcuna ragione dell'*esito infausto* nè nel processo operatorio, nè nella cura consecutiva.

L'infermo, giovine di 20 anni, aveva uno strabismo divergente dell'occhio sinistro, il quale era ambliopico per anopsia. Leggeva N. 16 di Jaeger. L'occhio destro miope di due dioptrie, e di acutezza visiva normale. Fu sempre sano, per quanto abbia l'aspetto un po' anemico: fa il negoziante: sopportò già una tenotomia all'occhio sinistro, senza resultato.

La mobilità dei due occhi non è diminuita o limitata, e l'ottalmoscopio non spiega l'ambliopia.

Tali le condizioni dell'infermo. — L'operazione fu eseguita ponendo allo scoperto il tendine del retto esterno che era avvolto nella cicatrice prodotta dalla prima operazione e che non si potè distaccare se non a fatica. Il retto interno è cucito in avanti col metodo Wecker. Fu applicata una fasciatura.

Tutto procedè regolarmente per alcuni giorni, ma poi nel segmento interno della cornea, si manifestò un abscesso che si convertì presto in ulcera. Nella camera anteriore si manifestò l'ipopion. La cornea si perforò e l'occhio divenne atrofico.

A questo triste risultato portò direttamente l'operazione, ma l'Autore non sa spiegarsi come. —

Potrebbe trattarsi d'una infezione?

NOTIZIE

— Nel numero venturo inseriremo un rendiconto sommario del Congresso internazionale di Ottalmojatria che si terrà in Milano, da oggi al quattro settembre.

— Il giorno 23 settembre si aprirà in Firenze il 3° Congresso internazionale di Salvataggio, nel quale i medici e chirurghi avranno naturalmente larghissima parte, poichè fra i temi proposti vi sono i seguenti:

Del modo migliore e più semplice di medicare, per urgenza, una ferita ed arrestare una emorragia.

Sul modo più semplice e con minori inconvenienti per il trasporto dei feriti, sia in guerra che nella pratica civile.

Quali le cure da apprestarsi immediatamente in caso di avvelenamento prima dell' arrivo del medico.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

LA QUESTIONE DEL DALTONISMO AL III° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI SALVATAGGIO.

Come tutti i nostri lettori lo sanno, la quistione del Daltonismo da qualche tempo occupa molto seriamente gli oculisti sia dal lato scientifico, sia da quello pratico.

Dal lato scientifico noi siamo sempre ai primordi dei nostri studi. E ad onta dei profondi lavori di scienziati chiarissimi, quali fra gli altri Donders, lo Stilling, il Dor, il Pflüger, i progressi non possono realizzarsi in modo proporzionato ai desideri ed ai bisogni della clinica, perchè primieramente la teoria sulla percezione dei colori è interamente ipotetica, e poi perchè l'analisi non ha anche diradate le nebbie, nè tolte di mezzo le difficoltà del diagnostico.

Da questo ne segue che dopo l'esame della facoltà cromatica di un occhio, non si possono trarre delle conclusioni ed ammettere od escludere il Daltonismo se, a detto esame, non siasi data opera con metodo e con quella esattezza che solo la pratica può dire fino a qual punto è necessaria, e ponendo in atto tutti quei suggerimenti che ogni giorno vengono dati dagli specialisti delle malattie oculari, che più specialmente possono occuparsi di questa lite *aduc sub judice*. Che ciò sia vero lo prova, oltre tutto, il seguente fatto di osservazione, e cioè che non vi è medico che non si meravigli della esistenza numerosa di questo vizio nelle proporzioni che gli oculisti hanno riscontrate e denunziate, ed il fatto altresì (*documentato*) di affetti di Daltonismo ritrovati fra individui considerati come non daltonici da medici poco esperti nella quistione, e che procedono ai loro esperimenti secondo le norme di qualche manuale.

Ma intanto che le cose stanno in questi termini, sorge una quistione pratica ed è questa: che cosa potrà accadere se

un Daltonico sia incaricato di far manovrare un bastimento od un treno di strada ferrata, guidandosi mercè segnali colorati che gli vengono fatti? Ciascuno lo capisce, può seguirne qualche errore, le conseguenze del quale non sono prevedibili, ma che potrebbero essere grandemente funeste.

Gli oculisti dettero avviso ai Governi, alle Società ferroviarie e di navigazione di questo fatto interessante, e fu detto: ecco quanto l'osservazione clinica c'insegna; giudicate voi quali fatti gravi posson dipendere da questa causa di disastri fin qui non considerata; provvedete. Le Società provvidero, ma lo fecero in modo conveniente? Ci sia lecito il parlar franco, con quella franchezza che ci è permessa, anzi comandata, dalla natura del nostro giornale. Le Società tutte fecero il loro dovere, perchè avendo un personale tecnico e medico al loro servizio, lo incaricarono in un modo od in un altro di provvedere, avuto riguardo, ben s'intende, un poco anche ai loro interessi.

Ma ove forse rimane un desiderio da esprimere è sulla importanza che i medici dettero alla missione che veniva loro affidata.

Perchè tutti quelli che per sapere che cos'è il Daltonismo avevano bisogno di riprendere il libro che serviva loro di testo nelle scuole di fisica e di fisiologia, avrebbero dovuto non vergognarsi minimamente di rispondere alle loro Amministrazioni: qui fa d'uopo di studi speciali: a poco a poco provvederemo avvezzandoci a questi, ma per ora, perchè non accadano disgrazie, conviene giovarci dell'opera di chi è pratico in questo genere di ricerche, cioè gli oculisti di scuola moderna. Così per verità fu fatto in molte ferrovie, e per esempio nelle prussiane, ed a queste fu consigliato di istituire un Ufficio incaricato dell'accertamento della perfezione del senso cromatico dei diversi inservienti. In Prussia, il signor Stilling che è il capo di questo servizio, presiede all'accertamento di questa condizione all'ammissione degli impiegati, ed illuminato dagli

studi appositi che continuamente fa su tale argomento, procura tutti i mezzi perchè negli impiegati questo senso non si alteri, od appena lo è vengano *traslocati* o licenziati. Se non fino a questo punto, presso a poco così si pratica nelle ferrovie Meridionali italiane, e così in molte ferrovie d'Europa e d'America. Ma perchè non in tutte? *That is question.* In altre Società fu ritenuto sufficiente un esame superficiale e grossolano come è quello di far mostrare agli ammittendi i tre colori del *disco* impiegato a segnale, e fu detto: ricorreremo agli specialisti nei casi dubbi. Così fece e fa la ferrovia dell'Alta Italia.

Noi desidereremmo che ci fosse facile, quanto ci sembra necessario, il convincere ciascuno della verità che abbiamo il bisogno di propugnare, cioè della irragionevolezza di questa pratica e della inutilità assoluta di ricorrere all'oculista nei casi dubbi. Infatti o per gli esami istituiti sommariamente non viene riconosciuto il Daltonismo, ed allora l'osservato non sarà inviato all'esame dell'oculista, e l'amministrazione si trova con un cattivo impiegato, o nasce un dubbio perchè l'osservato mostra di non aver vista perfetta, ed allora l'oculista dovrà pronunziarsi in un senso solo, ed è quello della non accettazione dell'impiegato; e questo fin da principio, il medico poteva farlo da sè.

Stando così le cose, è necessario che il medico si renda esperto nelle ricerche del senso cromatico, e finchè non è giunto a questo, si trattenga dal disimpegnare un ufficio nel quale non abbia una competenza quale il suo decoro gli rende necessaria, perchè non saprebbesi considerare decoroso il coprire un ufficio che non si potesse compiere con una competenza maggiore di quella che può avere il primo venuto. Nè sembra convenire al medico di sottoporsi alla grave responsabilità che si assume con gli esami sul Daltonismo quando non ne abbia la capacità sufficiente. Nè giova e gioverà mai per loro il gettare la colpa sulle amministrazioni dalle quali dipendono. La scienza è e devé

essere libera e sovrana sempre, e quella del medico soprattutto non comporta sudditanza alcuna.

Il nostro giornale comincierà al più presto possibile una serie di articoli coi quali cercherà di rischiarare quanto riguarda il diagnostico del Daltonismo. A. S.

RESOCONTO DEL CONGRESSO OTTALMOLOGICO

tenuto in Milano dal 1° al 4 Settembre 1880

Seduta del 1° settembre 1880. — Presidenza QUAGLINO.

All' apertura della seduta il prof. QUAGLINO, presidente del Comitato ordinatore, pronunziò poche parole di ringraziamento ai membri del Congresso per avere corrisposto all' appello: mostra i progressi realizzati mediante queste riunioni scientifiche dovute alla iniziativa del Warlomont e constata che la scienza, che ha per scopo la ricerca della verità, condurrà forse alla pace universale con questi esempi di fratellanza. A questo discorso applauditissimo fa seguito la nomina del seggio, così composto: *Presidente* Quaglino, *vice-presidenti* Gayet (Francia), Cervera (Spagna), Jacobson (Germania), Anagnostakis (Grecia), Brettauer (Austria), Schiess-gemuseús (Svizzera), Derby (America), Kostomyris (Turchia), Vladesca (Rumenia), Talko (Varsavia), Liebbrecht (Belgio).

M. JAVAL spiega le modificazioni da lui introdotte nella costruzione e nel maneggio dell' ottalmometro.

Il primo strumento, costruito dagli ottici migliori, esigeva 6 o 8 osservazioni, calcoli numerosi e molteplici letture per arrivare ad un resultato. Col modello attuale, che non cambia in niente il principio stesso, una semplice collocazione, una sola lettura sopra un quadrante sono sufficienti; in due o tre minuti è possibile di misurare i due meridiani dell' occhio. Le due lenti erano mobili nello strumento di Helmholtz; M. Javal non ne lascia che una soggetta a spostarsi e per tal modo aumenta la precisione della lettura. Il verniero è stato soppresso; infine l' apparec-

chio non è posto che a un metro di distanza dall' osservatore e diventa facile a maneggiare nella pratica; bastano due letture, se sia 40 D. pel meridiano verticale, e 42 D. per l' orizzontale, l'astigmatismo sarà: 2 D. Questo strumento sarà soprattutto utile per gli operati di cateratta, che non sempre rispondono con precisione alle domande loro indirizzate relativamente alla visione con gli occhiali. L' esame diretto col nuovo ottalmometro permette di fare a meno delle loro risposte e di dar subito la lente correggitrice cilindrica. M. Javal aveva però fatto costruire questo strumento con altro scopo. Egli ha voluto misurare l' astigmatismo della cornea, poi quello del cristallino, e vedere allora se l'astigmatismo dell' occhio è proprio la somma di questi due astigmatismi separati, potendo misurarsi l' astigmatismo totale con l' ottometro e l' astigmatismo del cristallino col metter l' occhio in un bicchiere pieno d' acqua.

M. Schiotz ha continuato queste ricerche al laboratorio della Sorbona e dapprima è giunto a cifre assai singolari. Misurando una lente fabbricata accuratamente, egli non giungeva a trovare le medesime curve nei meridiani perpendicolari. Questi errori dipendono dall' occhio medesimo dell' osservatore e conviene avere in questi studi somma cura di correggere esattamente l' astigmatismo dell' osservatore. Questa considerazione è di grande importanza per l' osservazione all' eliometro. Gli errori particolari sulle decimali non fanno che esprimere le variazioni speciali della visione dell' osservatore e bisognerà d' ora innanzi tenerne conto.

Sopra 13 occhi osservati, nei quali l' astigmatismo non era da trascurare, Schiötz ha constatato che l' astigmatismo della cornea e del cristallino si erano uniti insieme. La deformazione del globo oculare è dunque generale, è un' azione che si estende sopra tutto l' organo.

M. Galezowski espone il resultato delle sue osservazioni nelle operazioni oculari negl' individui *sifilitici* o *gottosi*.

M. Verneuil ed altri dopo di lui avevano richiamato l' attenzione sull'influenza degli stati discrasici nei traumatismi operatori. Galezowski ha constatato che in certe operazioni d' occhi eseguite nelle condizioni migliori, allorquando tutto sembrava annunziare una buona e rapida cicatrizzazione, dei sintomi gravissimi e poi la suppurazione si dichiaravano ad un tratto senza causa cognita.

In tre casi, risalendo all' origine delle cose, è accaduto di trovare una sifilide antica. Abadie aveva già segnalato un fatto di questo genere; quello che sembra confermare l' opinione di Galezowski è la modificazione rapida prodottasi in questi accidenti dalla cura con l'ioduro mercuriale. Per la gotta l' influenza della diatesi viene segnalata da emorragie. L' iritide arriva 6 o 7 giorni dopo l'operazione senza causa cognita. In queste condizioni il salicilato di soda fornisce ottimi resultati.

M. Liebbrecht fa osservare che pur dividendo l' opinione di Galezowski egli ha però ottenuto successi completi in sifilitici che presentavano accidenti oculari acuti. L' iridectomia non sembrerebbe tanto influenzata dalla diatesi quanto la cateratta.

MM. Landolt e Carreras dividono l' opinione di Liebbrecht.

M. Martin di Marsiglia presenta una forma di occhiali destinati secondo lui ad influenzare la *vitalità della retina* con la natura del colore. Si compongono di una metà superiore, *vetro bianco* e di una metà inferiore, *vetro bleu;* le cose essendo disposte in senso contrario per l' altro occhio. L' azione di questa combinazione non gli è ben nota; ma tuttavia egli ne ha ottenuto buoni resultati.

M. Gariel fa osservare che questi occhiali sono assolutamente contrari ai principii elementari della fisica e che la luce resultante da questa riunione di due vetri non può dare che una luce *bleu* pallido, poichè i raggi azzurri e bianchi arrivano in convergenza sulla retina.

Seduta del 2 settembre 1880. — Presidenza Quaglino e Gayet.

M. Landolt espone il resultato della sua pratica *nella cura delle malattie delle vie lacrimali.* Queste malattie ribelli ingombrano le cliniche, e le guarigioni definitive sono rare. Dopo avere studiato i metodi diversi, ecco quello da lui prescelto:

1° Lacrimazione semplice e mucocele. Egli sgombra i condotti con la sonda conica e pratica delle iniezioni con una soluzione di borato di soda a $^{1}/_{200}$ senza fare la sezione dei punti. I collirii astringenti attivano la guarigione. Se l'iniezione non passa, egli seziona il punto superiore, passa la sonda N. 4 per allargare ed esplorare il condotto lacrimale; questa sonda deve essere *botto-*

nata per non ferire la muccosa; se la prima esplorazione non permette di penetrare bisogna guardarsi dall'insistere e rimetter la cosa ad una nuova.

Dopo la deobstruzione il solfato di soda a $^1/_{130}$ iniettato nel canale con una siringa con cannula bottonata completa la cura. La sonda è lasciata al posto per un quarto d'ora.

2° Suppurazione del sacco. Landolt non incide il sacco, ma fende i due punti e riunisce le due incisioni. Così si evita la cicatrice esterna. Anche se la pelle fosse sul punto di rompersi, questo metodo la conserva. La muccosa deve essere toccata qualche volta con una perla di nitrato d'argento mitigato.

3° Le fistole guariscono con la cura metodica precedente senza chiodo nè cannula. Nei casi cronici soli sono permessi l'*avvivamento* e la sutura delle parete della fistola.

4° La necrosi e la carie non specifiche non hanno bisogno di altra cura, se non quella esposta più sopra.

M. Fieuzal impiega da molto tempo la sua sonda animata che gli dà successi egualmente buoni come quelli della sonda bottonata; egli insiste con Landolt sul bisogno di praticare il cateterismo blandamente e raramente. Egli ha per principio di sbrigliare in basso pel mucocele e in alto quando la suppurazione è stabilita.

M. Anagnostakis presenta uno strumento destinato *ad estrarre il cristallino* nella operazione della cateratta. È un uncinetto a due curve, che egli introduce dopo la discisione della capsula. Con questo mezzo egli evita l'uscita del vitreo, tanto facile a prodursi quando si vuol fare uscire il cristallino con pressione sulla cornea.

M. Gayet fa osservare che il punto preciso in cui l'operatore deve appoggiare sulla cornea per condurre fuori la lente, cambia secondo il modo dell'incisione. Col processo di Graefe bisogna appoggiare nel mezzo della cornea e non sulla sua parte inferiore. Per lui la sezione periferica della capsula è preferibile in quel caso.

M. Galezowski, mentre riconosce il pericolo che l'uscita del vitreo fa correre alla retina, è però d'avviso che l'uncino del signor Anagnostakis complica la strumentazione. Quanto a sè egli torna al gran lembo periferico, ma non scleroticale; è in una parola l'antico metodo di Daniel.

M. Libbrecht si serve soprattutto delle dita per questa pressione e per la ripulitura; le cucchiaie e gli uncini gli sembrano pericolosi; egli accetta la larga incisione soprattutto con la medicatura di Lister.

M. Meyer fa una comunicazione sulla *nevrotomia opto-ciliare*. Tocca sicuramente al Congresso a stabilire il valore definitivo di questa operazione. Quanto a lui, dopo aver praticato la sezione dei nervi ciliari soli, egli presceglie la enervazione completa, però limitando le indicazioni del nuovo processo operatorio. Egli vorrebbe che soltanto ai casi di *nevrosi* fosse riserbata la sezione dei ciliari e del N. O., serbando l'enucleazione pei casi gravi di ottalmia simpatica, essudativa, plastica. Come Dor e Hirschberg, egli teme la riproduzione dopo la sezione semplice; quindi senza aver fiducia in una sutura che manterrebbe lo spostamento dei tronchi sezionati, gli sembra più prudente lo escidere una parte, sia dei nervi ciliari, sia del nervo ottico. Da due anni egli non ha che a lodarsi di questo metodo, e nei suoi malati (12) dai 6 ai 46 anni di età, egli non ha avuto recidiva. Gli accidenti spaventevoli segnalati da Warlomont gli sembrano da attribuire al processo operatorio. Ecco come egli procede: sezionando i due muscoli R. E. e R. S.; per ben raggiungere tutti i ciliari egli va poi alla ricerca degli obliqui e li taglia. Infine essendo ben distaccata la capsula, la resezione del N. O. diventa facile. Quindi si fanno le suture muscolari. Gli accidenti di paralisi muscolare non tardano a scomparire.

De Vincentiis (Palermo) riporta quattro osservazioni:

1° fatto. Irido-coroidite con spostamento producente accidenti simpatici. Iridectomia. Enervazione. Insensibilità immediata, assoluta e persistente. Buon resultato.

2° fatto. Irido-coroidite. Essudati. Simpatia. Enervazione. Dolori persistenti. Insuccesso.

3° fatto. Stafiloma. Irido-coroidite simpatica. Enervazione. Exottalmia. Enucleazione obbligatoria, l'occhio essendo necrosizzato.

4° fatto. Glaucoma confermato. Iridectomia. Enervazione. Cessazione assoluta dei dolori.

M. De Vincentiis fa la sutura separativa non col catgut, ma con la seta, che mantiene più lungamente la non coaptazione del nervo.

M. Pflüger pratica la resezione del N. O. perchè ha veduto riapparire la sensibilità, ma avendo cura di resecare il più lontano possibile, ha sempre ottenuto la guarigione dal dolore senza riapparizione. Egli conta 12 operazioni, nelle quali due casi di protusione del bulbo per emorragia ed enucleazione consecutiva. Lo strabismo consecutivo è poco importante.

M. Lainati (Milano) cita un caso della sua pratica, nel quale dopo avere resecato un mezzo centimetro del nervo ottico, la sensibilità è ritornata. Trattasi di un ragazzo di 14 anni che 13 giorni dopo l'operazione ha ricominciato a soffrire, e che si può vedere attualmente nella sua clinica.

M. Liebbrecht (Gand) è stato obbligato a tornare alla enucleazione. Nel gennaio ultimo decorso egli ha veduto i dolori ritornare 9 o 10 settimane dopo la enervazione. Erano anzi più forti che avanti l'operazione. In due casi, in cui ha praticata la escisione, da quattro mesi il successo si è mantenuto; solo egli teme molto l'emorragia e la considera un accidente contro il quale bisogna armarsi. Egli pratica questa operazione con forbici comprimenti (modello quasi analogo a quello di Warlomont).

M. Dor ha veduto un anno e mezzo dopo l'operazione la pupilla dell'occhio enervato reagire sotto l' influenza della luce che giungeva sull'occhio opposto. La insensibilità della cornea cessò egualmente. Come Liebbrecht e Pflüger egli teme le emorragie, e questo punto con quello delle indicazioni dell'operazione stessa gli sembra il più importante.

M. Poncet ha avuto occasione di esaminare dei nervi ciliari e dei nervi ottici provenienti da enervazioni praticate sui cani due o tre mesi avanti da M. Redard. Egli aveva già segnalato la rigenarazione dei nervi tagliati, a M. Boucheron nel 1873, in un pezzo esaminato a quest' epoca. Questo fatto è ampiamente confermato dall'esperienze di Redard e dagli esami istologici. Dal lato dei nervi ciliari è possibile di seguire tutti gl' intermediari dalla fibra nervosa al cilindro assile puro senza mielina; passando per le fibre poco fornite di mielina debolmente colorate dall'acido osmico a piccolo diametro per arrivare alle grosse fibre fortemente ed uniformemente annerite con largo diametro. Tutte presentano gli strangolamenti di Ramser. La rigenerazione della mielina sembra farsi a regioni: così associando i fasci, non è raro d' incon-

trare fra le fibre ben rigenerate una lacuna, in cui l'evoluzione della mielina è stata più lenta; in cui le fibre sono tutto ad un tratto più sottili, più pallide; ma l'asse cilindrico è netto. I nuclei del canale sono normali; la corrente nervosa può passare.

Dal lato del nervo ottico la rigenerazione, sebbene meno avanzata, era però sulla via di effettuarsi; le gocciolette di mielina si riassorbono, divengono più piccole e più rare. In pari tempo la fibra del nervo ottico si ricostituisce col ristabilirsi del piccolo cilinder-axis e col suo invilupparsi sotto un protoplasma nuovo, che si colora a poco a poco più o meno secondo il suo stato di perfezione. Così nel cane, senza dubbio, la rigenerazione dei nervi istologicamente è perfetta; però questa rigenerazione non è stata constatata che nelle parti extra-oculari dei ciliari; bisognerebbe ricercarla nel plessus ciliare e nello spazio sottocoroideo.

Queste osservazioni debbono essere calcolate nel giudicare la enervazione e nel modificare i processi operatorii.

Quanto agli accidenti profondi, essi si riaggiungono alle esperienze recenti di Duval e Laborde sul quinto paio; è una coroidite essudativa, una necrosi che porta seco la sclerosi della retina e l'emigrazione del pigmento nel vitreo. Se la conservazione della cornea è stata constatata, bisogna convenire che questa membrana è singolarmente disposta alla ulcerazione fino al momento in cui la circolazione nervosa è ristabilita.

M. Pflüger presenta alcuni disegni del fondo dell'occhio di conigli, in cui è stata applicata la legatura sui ciliari e sul N. O. come ancora sui vasi. I sintomi riconosciuti con l'ottalmoscopio sono quelli segnalati da M. Poncet; sclerosi della retina, placche coroidee; in oltre si è stabilita una circolazione anastomatica fra la retina e la coroide.

M. Reymond (Torino) ha constatato in uno dei suoi operati che la sensibilità era tornata, senza che i dolori fossero ricomparsi. Egli teme pure il flemone retrorbitario.

M. Landolt darebbe volentieri importanza alle osservazioni di Mac Giloary che ha veduto il passaggio dei leucociti da un occhio all'altro pel chiasma e il canale dei nervi ottici.

M. Boucheron, riassumendo i periodi traversati dalla operazione di cui si è fatto promotore in Francia, dichiara di parteggiare

per la neurectomia, poichè la clinica, la esperienza e l' istologia provano la rigenerazione nervosa.

Seduta pom. del 2 settembre. — Presidenza Libbrecht e Gayet.

Secondi (di Genova) comunica il resultato della sua pratica nella cura dei distacchi della retina. Egli associa la puntura e la sclerotomia alla medicatura generale e interna mediante la pilocarpina, le frizioni mercuriali e il riposo orizzontale. Sopra 17 casi egli distingue i resultati immediati e i resultati definitivi. I primi comprendono 5 resultati negativi, 8 successi completi e riapplicazione della retina, 4 incompleti e dubbi. I secondi danno la seguente statistica: 2 casi sono rimasti guariti durante 15 giorni, 8 casi durante tre mesi, 2 casi durante 10 mesi, 1 caso durante 12 mesi, 1 caso per due anni, 1 caso rimane guarito da 5 anni; l'osservazione degli altri fatti continua.

Riassumendo, malgrado le inevitabili ricadute, l'autore crede che l'ottalmologia possieda oggi un metodo razionale di cura contro una affezione incurabile.

M. Galezowski fa osservare la importanza delle condizioni etiologiche nel diagnostico e nella cura dei distacchi retinici. Esistono scollamenti sierosi, senza apparenza visibile nei fatti di coroidite atrofica e principalmente in questi fatti in cui l'ottalmoscopio non dà resultati sodisfacenti, riesce la medicatura interna; quanto a lui, egli ha potuto assistere alla guarigione, poi alla recidiva di questi scollamenti leggieri e per ultimo alla guarigione definitiva grazie ad una paziente medicatura antiflogistica.

M. Poncet constata l'accordo della clinica e dell'anatomia patologica in questa distinzione dei distacchi retinici. Spesso in occhi affetti da irido-coroïdite egli ha riscontrato e figurato nel suo atlante distacchi retinici con essudato misurante appena da 2 a 3 decimi di millimetro; eppure esiste già una macerazione dell'epitelio coroideo e del pigmento dentro la retina. Ma quando il vitreo si è rammollito per la sua combinàzione con l'essudato, quando le cellule di questo corpo vitreo si sono impregnate di pigmento, la guarigione è allora molto più difficile ad ottenersi e spesso l'atrofia dell'occhio è il termine fatale del processo. Per lui, al di fuori della coroidite cronica, esistono per la coroide

disturbi vaso-motori seguiti da essudati rapidi, assolutamente come nelle pleure al seguito delle lesioni dei gangli simpatici.

M. Meyer non pensa che i casi dei quali parla M. Poncet appartengano ai casi, detti di distacco.

M. Galezowski risponde che questa divisione dell'anatomia patologica è ampiamente giustificata dalla clinica e che non devesi riserbare il nome di distacco soltanto ai fatti tipici, ma ben anche a quei casi, nei quali il campo visivo mostrandosi ristretto si trovano appena l'edema ed alcuni vasi uncinati.

M. Stilling (di Strasburgo) presenta una serie di preparazioni anatomiche che si riferiscono alla *struttura del chiasma* e al *tragitto delle fibre* del nervo ottico. Quanto al chiasma, l'autore giudica secondo i resultati presentati che bisogna tornare all'idea degli antichi anatomici e ammette: 1° Una commettitura anteriore; 2° una commettitura posteriore; 3° fibre laterali indipendenti; 4° una porzione centrale d'incrociamento. Secondo lui, tutto quello che è stato scritto sulla emianopsia dovrebbe dunque essere ritirato dopo questi nuovi dati anatomici. Quanto al N. 6 le radici presso i peduncoli sarebbero molto più numerose di quello che si crede; egli ha potuto seguire delle fibre che si prolungavano fino al ponte di Varolio.

Queste preparazioni sono state fatte mediante una semplice dissociazione con aghi dopo lo indurimento nel liquido del Müller o il trattamento per l'acido picrico.

M. Boucheron (di Parigi) presenta una nota sulla *cura dello strabismo mediante i midriatici*. L'autore ricorda l'importanza di sezionare le aderenze antero-superiori del muscolo alla capsula e ciò secondo il grado di raddirizzamento che si vuole ottenere.

Questo metodo è da applicare allo strabismo permanente; per la parte intermittente l'atropina è una risorsa preziosa e può da sola condurre alla guarigione.

M. Javal ha proposto l'atropina da 15 anni nella cura dello strabismo convergente, in cui si possono infatti distinguere due parti, una fissa, l'altra variabile. Egli respinge la tenotomia per lo strabismo convergente intermittente; ma per la parte fissa, i midriatici aumentano anche la deviazione, che è inconsciente e producono le immagini doppie. Del resto non bisogna sperare di guarire con questi metodi midriatici, prismi, esercizi, lo strabismo la cui deviazione passa i 10 a 15 gradi.

M. Boucheron constata che per l'azione dei midriatici la clinica dà torto alla teoria; egli non ha mai riscontrato l'aumento di deviazione annunziato da M. Javal. Le instillazioni sono praticate durante 15 giorni, e se dopo questo tempo lo strabismo non cessa, egli opera. In questi stessi casi, curati con l'atropina, se si ha la disgrazia di cercare di correggere l'ametropia con lenti concave, lo strabismo ricomparisce immediatamente.

Negli strabismi consecutivi alle malattie della cornea, egli ha ottenuto resultati notevoli dopo 13 giorni d' instillazioni. Le instillazioni debbono farsi finchè ambedue gli occhi non fissino senza strabismo alla distanza di 30 centimetri; allora egli permette le lenti correttrici.

M. Pierd'houy (di Milano) ha riconosciuto i vantaggi dei midriatici, quando sono impiegati immediatamente dopo la tenotomìa. Egli li continua durante due o tre settimane e crede che bisogni generalizzare questo metodo di cura.

M. Bouchut presenta una osservazione rara che stabilisce il *rapporto delle malattie dell'orecchio col cervello e con l' apparecchio visivo*. Una ragazzetta di 13 anni entra nella sua clinica con otorrea e vertigini; l' acutezza visiva era allora normale; la ragazzina cuciva. Però nel fondo dell' occhio vi erano emorragie e presentava una papilla strangolata. Poi con le vertigini sopravvenne un indebolimento muscolare con sintomi epilettici e deviazione della testa. L' intelligenza restava netta. L' acutezza visiva diminuì e dette luogo all' amaurosi. Dopo 3 mesi la nevrite ottica e la nevro-retinite esudativa si unirono agli attacchi più frequenti di epilessia ed alla paralisi.

L' autopsia mostrò una carie della roccia, l' assenza di meningite e sul fondo del 4° ventricolo un tumore che aveva distrutto l' origine del nervo ottico. Il microscopio ha dimostrato che questo tumore era un gliosarcoma.

M. Poncet pensa che l' interpretazione di questo fatto clinico non sia quella presentata da M. Bouchut, cioè otite, infiammazione del nervo anditivo, passaggio dell' infimmazione alle radici ottiche, poi nevro-retinite consecutiva. Sarebbe un negare l' attribuzione principale del tumore del quarto ventricolo di cui l' azione primitiva si è irradiata sul nervo ottico, sul nervo acustico e sulla midolla.

Seduta del venerdì 3 settembre.

Presidenza Gayet, Libbrecht e Cervera.

M. Kostomyris (di Costantinopoli) pratica un nuovo processo di tarsorafia longitudinale a 3 millimetri dall'orlo libero della palpebra, incisione che andava fino alla cartilagine tarso; il lembo superiore si ritira e passa allora dei fili, per suturare all'indietro il labbro superiore della piaga palpebrale. Questa operazione che non dà luogo ad alcuna suppurazione raddirizza perfettamente i cigli.

M. Poncet comunica una nota riassumente le sue ricerche sull'anatomia patologica del pterigion. Al di fuori della ulcerazione primitiva al lembo descritta da Artl e da Horner, bisogna ricercare un'altra causa del processo lento e continuo del pterigion. L'autore ha constatato su delle preparazioni comprendenti la muccosa e la cornea l'esistenza di un'ulcera vibrioniana, occupante tutta la porzione assente della membrana di Bowmann. Questi microbi o piccoli sporidi, s'infiltrano nella rete linfatica sotto-muccosa e penetrano a poco a poco nei canali del succo della cornea in triangolo, come l'indica la loro disposizione anatomica. La trasformazione colloide dell'epitelio congiuntivale, le inclusioni cistiche dal rivestimento epiteliale, la sclerosi del tessuto congiuntivale, tali sone le circostanze principali da segnalarsi.

M. Morano (di Napoli) presenta bei preparati di congiuntiva. Due fatti hanno soprattutto richiamato l'attenzione sua. 1° L'assenza della porzione già nominata corpo papillare nella congiuntiva palpebrale o bulbale. 2° La presenza del tessuto adenoide formante il chorion muccoso.

A questo tessuto interstiziale, che separa le glandule di Heule, si era dato il nome di papille. Allo stato normale, il rivestimento epiteliale è uniforme e senza rialzamento. Appena si osservano dei rilievi è certo che vi è processo inflammatorio congiuntivale. Nelle granulazioni i diversi elementi, vernice epiteliale, glandule di Heule, tessuto linfoide interstiziale, tutto sparisce. Nelle congiuntiviti catarrali intense l'epitelio stratificato, le cellule cilindriche muccose, si distruggono, il condotto escretore di ogni glan-

dola si oblitera e il prodotto forma vere piccole cisti epiteliali respinte dalla proliferazione del tessuto adenoide. Nella congiuntivite purulenta grave tutto è distrutto e il tessuto adenoide trasformato forma la cicatrice generale.

M. De Luca (di Napoli) riporta il fatto di un caso di cateratta capsulare posteriore secondaria in un operato di 60 anni. La discisione con l'ago diede un resultato immediato perfetto. Questo fatto è causa di una discussione interessante sulla origine delle cateratte capsulari.

M. Manfredi (di Napoli) ricordando i bei lavori di Müller sulla origine e sullo sviluppo delle cateratte capsulari, segnalò i resultati ai quali egli è arrivato con una serie di esperienze. La semplice contusione (egli però non affermerebbe l' assenza di continuità nella capsula) basta per produrre al disotto della capsula la formazione di un esudato che si organizza in lamelle, assolutamente come quelle della cornea, nelle antiche lesioni del cristallino senza lesione della capsula, egli non ha mai trovato cateratta capsulare; sarebbe dunque indotto ad ammettere il traumatismo della membrana come condizione di queste cateratte. Nelle iritidi antiche con sinechie, la faccia anteriore della capsula è ricoperta con questo tessuto congiuntivale esudativo; ma i tubi cristallini non prendono parte al processo.

M. Poncet ricorda i resultati ai quali è arrivato nell'esame della cateratta piramidale anteriore nel 1873, e in un caso nuovo che potè ultimamente esaminare. Il piccolo cono che forma la piramide della cateratta è formato dalla capsula assolutamente sana; ma essa è però sprovvista del suo epitelio che resta alla base e che va a formare una linea non interrotta da un punto all' altro della piramide. Fra questa base epiteliale e la capsula si forma l' esudato stratificato, segnalato dal dottor Manfredi. Ma in questo esudato stratificato Poncet ha constatato in tutti i preparati delle cavità con nuclei rivelati dalla ematossilina. Ora è difficile con l' integrità dell' epitelio alla base di non ammettere che questi elementi figurati vengano dalla camera anteriore per diapedesi. Una allieva distinta di Horner, Madame Julie Sindoir è arrivata a produrre la proliferazione, la purulenza dell' epitelio capsulare, mediante iniezioni irritanti nella camera anteriore.

M. Gayet (di Lione) ha esaminato i lembi della capsula estratti

immediatamente al tempo della operazione; egli ha trovato queste opacità costituite da piegature della capsula e da un' alterazione degli elementi epiteliali, che ricorda da lontano quella che Leloir ha descritto nell' epitelio cutaneo. Bisogna aggiungere alcune estremità delle clave delle fibre che dissociano questo epitelio.

M. Libbrecht (di Gand) mostra lo strumento di cui egli si serve per le *cateratte secondarie:* è un coltelletto lineare che sotto la pressione di una molla si trasforma in una pinzetta, la quale permette di afferrare e di estrarre i lembi capsulari. L' operazione non comprende allora che un tempo solo.

M. Guaita (di Bergamo) nella cura dell'*oftalmia blenorragica*, segnala come principale cagione del pericolo della perforazione la pressione esercitata dalle palpebre. Adottando l' idea che indusse Critchett a spaccare la palpebra verticalmente e nel mezzo, egli accetta e preconizza il processo di Krampton, cioè la doppia incisione a ciascun angolo. Egli si serve poi di soluzioni di acido borico a $^4/_{100}$ o di salicitato di soda a $^2/_{100}$. Nella chemosi egli preferisce le piccole incisioni radiate alla peritomia. Nella chemosi egli ha ricorso all' eserina e al termo cauterio.

M. Martin (di Cognac) non ha avuto a lodarsi della operazione del Critchett, in un caso grave, in cui un occhio era già perduto. Lo sbrigliamento non ha arrestato di un minuto il cammino della malattia che fu perfino complicata da difterite.

M. Oladesco (di Bukarest) osserva nella sua clinica un numero considerevole di oftalmie purulente ed ha sempre avuto a lodarsi del metodo antiflogistico combinato con la semplice incisione esterna che dà un salasso eccellente. Secondo lui, Critchett non avrebbe adoprato il suo processo che in un caso eccezionale, e non vorrebbe farne un metodo generale.

M. Landolt, per quanto poco partigiano della sezione delle palpebre, confessa che Critchett, che egli ebbe occasione di vedere ultimamente, generalizza anzi il suo metodo e lo adopera oggi correntemente.

(Continua).

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

ESAME DELLE FACOLTÀ VISIVE E CROMATICHE NEGLI IMPIEGATI DELLE FERROVIE E DEI BASTIMENTI.

Mi propongo di passare brevemente in rassegna i mezzi diagnostici che si debbono impiegare per studiare la funzione visiva negli impiegati delle Compagnie ferroviarie e di navigazione, non che di discutere di qual grado di visione detti impiegati debbano godere per potere essere accettati o mantenuti al servizio.

Ed intanto incomincio dallo studio del così detto Daltonismo che costituisce la parte più moderna e più discussa dell'argomento.

Per quanto sia mia intenzione rimanere nel terreno puramente pratico e studio mio l'evitare ogni discussione, vedo non essermi affatto possibile raggiungere lo scopo con soli precetti del manuale di esame. E non vi fosse altra ragione, basterebbe a giustificarmi la necessità di fissare il valore dei vocaboli che dovrò impiegare.

Il vocabolo *Daltonismo* adoperato nel senso che l'uso oggimai comunemente gli ha attribuito, non ha un significato abbastanza esatto e la clinica non può più conservarlo.

Un tempo voleva significare una speciale alterazione nella percezione dei colori quale l'aveva osservata e descritta il celebre fisico inglese Dalton, e che allora era, press'a poco, l'unica maniera di cecità pel colore che fosse conosciuta; ma ormai dovrebbe necessariamente significare tutte quelle maniere di lesione della facoltà cromatica che l'analisi ci ha insegnate.

E per primo; affrettiamoci a dirlo; una distinzione netta deve farsi fra l'acromatopsia congenita (Daltonismo) e quella acquisita per qualche lesione dei centri nervosi. L'una appartiene alla fisiologia e l'altra alla patologia. In quella varietà non vi sono verune lesioni ottalmoscopiche; nulla

di anormale da osservare col microscopio nel tessuto retinico, nè altrove. Nulla di anormale circa l'acutezza della visione. È una inattitudine a sentire l'impressione de' colori e a distinguerli l'uno dall'altro. Ecco tutto. Nella seconda varietà invece troviamo qualche cosa del dominio della patologia, ed in tal caso gli infermi offrono delle variazioni fra loro, ed il fatto della acromatopsia acquisita entra come componente il quadro clinico della malattia alla quale appartiene — Malattia dei centri nervosi o del fondo dell'occhio. — Convien dunque evitare a questo riguardo la confusione che ne potrebbe nascere e che ci porrebbe nel caso di non intenderci più.

Siccome lo scopo nostro non è quello di scrivere una monografia sull'acromatopsia, ma bensì di vedere come possiamo regolarci per verificare se un dato individuo abbia una sensibilità pe' colori quale gli si suppone secondo la normale; così noi, preso atto della distinzione sopraccennata, procederemo nel parlare del diagnostico per una via analitica che si suppone partire dalla perfetta ignoranza del caso che s' imprende ad esaminare.

Comunque sia, la percezione dei colori può essere alterata in queste differenti maniere:

1° La percezione dei colori può mancare per intero: o si può avere soltanto una diminuita sensibilità retinica pel colore.

I due casi sono ben diversi, e come meritano che il pratico li studi separatamente, meritano anche nomi distinti. E questi nomi formandoli dal greco dovrebbero essere acromatopsia (*a* non — *cromatos* colore — *oxis* visione) e discromatopsia (*dis* cattiva — cromatos — oxis).

2° Gli occhi acromatropi non sono tutti eguali fra loro. Ora manca loro la percezione di tutti i colori ed ora invece quella di un solo o di più colori; e per ciò conviene ammettere una *acromatopsia totale* ed una *acromatopsia parziale*.

Ed una distinzione eguale deve esser fatta per gli occhi discromatropi perchè la sensibilità retinica può trovarsi diminuita egualmente per la percezione di tutti i colori, onde essa li apprezza quando riceva una eccitazione più intensa di quella che giova all'occhio normale; ovvero la diminuzione può essere limitata a qualche colore soltanto. *Discromatopsia totale* e *parziale*.

Stando così le cose, l'esame che vogliamo instituíre deve essere condotto in maniera da farci riconoscere primieramente lo stato normale, dalla discromatopsia o dall'acromatopsia, ed in secondo luogo insegnarci se l'anormalità sia totale o parziale, e per di più darci, nella discromatopsia, la notizia di quanto sia diminuita la percettibilità del colore.

Ecco pertanto uno schema dello studio da fare:

Manca la percezione di uno, di più o di tutti i colori?

È diminuita la percezione di uno, di più, o di tutti i colori?

Di quale quantità è diminuita, per uno, per più o per tutti i colori?

I.

Manca la percezione di uno, di più o di tutti i colori?

Taluni hanno creduto e credono sia facile il riconoscere questo stato, presentando all'individuo tutti i colori dello spettro, e facendoglieli nominare. A questo scopo essi tengono assortimenti di carte colorate o dei pezzi di stoffa di lana colorata secondo i colori dello spettro completo, e li mettono in vario ordine fra loro o li confondono senza regola e misura e poi, come dissi, li fanno nominare secondo il colore. Altri per dare a questo esperimento l'apparenza di un esame più studiato, pongono i loro campioni colorati alla rinfusa e poi ordinano all'esaminando di scegliere e presentare il tale od il tale altro colore.

Ma questo esperimento fosse pure variato in centomila

maniere sarà sempre un esperimento fallace e nei casi nei quali è possibile supporre una dissimulazione è affatto inutile, e lo chiamerei ingenuo.

Nei casi di acromatopsia acquisita potrebbe giovare perchè in questi il colore non è veduto, nè l'infermo ha a sua disposizione alcun mezzo per supplire alla facoltà che gli manca; ma siccome l'osservazione ha dimostrato che l'acromatrope congenito riesce a distinguere la qualità specifica del colore, desumendola dalla quantità di luce riflessa dal colore stesso, così in questi casi non ha valore alcuno. E il soggetto osservato fosse pure affetto da acromatopsia totale egli potrebbe subire vittoriosamente il suo esame per quanto tutto gli apparisse di un colore grigio. Il Landolt che esaminò due fratelli i quali erano in tali condizioni trovò che delle carte colorate, situate a 30 centimetri dall'occhio ed in faccia ad una finestra facevano questa impressione.

Il rosso. — Nero.

L'arancio. — Grigio cupo.

Giallo chiaro. — Grigio più chiaro.

Verde. — Grigio chiarissimo.

Il bleu. — Grigio più chiaro di quello prodotto dall'arancione.

Il violetto. — Grigio più cupo di tutti gli altri eccettuato quello del rosso.

Ora, se questi due individui avessero avuto qualche interesse a dissimulare ne avrebbero avuto benissimo il mezzo e regolandosi sulle diverse intensità del grigio avrebbero potuto pronunziare i nomi dei diversi colori, e collocarli anche in quella regola secondo la quale si succedono nello spettro normale.

Dunque tal maniera d'indagine è assolutamente da rigettarsi.

Holmgren ha cercato di modificare questo metodo di osservazione e lo ha migliorato molto e condotto anzi ad un

punto che potrebbe dirsi perfetto se i nostri esami dovessero soddisfare soltanto alla limitata esigenza di sapere se un individuo gode a nativitate di uno spettro completo o no.

Holmgren si è procurato una serie di 66 campioni di lana divisi come appresso:

Violetto, da 1 a 6 incluso. — Bleu, da 7 a 10 idem. — Indago, da 11 a 12 idem. — Verde bleuastro, da 13 a 15 id. — Verde puro, da 16 a 21 idem. — Verde giallognolo, da 22 a 28 idem. — Giallo, da 29 a 31 idem. — Rosso, da 32 a 39 idem. — Rosa, da 40 a 45 idem. Legno, da 46 a 55 idem. — Grigio giallognolo, da 56 a 57 idem. — Grigio verdastro, da 58 a 59 idem. — Grigio violastro, da 60 a 64 id. — Grigio puro, da 65 a 66 idem.

Egli pone senza ordine alcuno e su di un fondo nero la serie descritta delle lane; quindi ponendo da parte un campione di un dato colore, con l'avvertenza che ne sia la più debole saturazione, invita l'esaminando a scegliere fra il mucchio delle lane tutte le saturazioni diverse del medesimo colore.

In questo modo è escluso tutto il valore del giudizio sulla luce quantitativa. Infatti l'esaminando dovendo scegliere tutte le saturazioni di un colore pel quale egli è acromatrope, troverà necessariamente fra le lane una varietà di grigio che abbia un riflesso eguale a quello prodotto sulla sua retina dal colore che non può percepire e quindi se sceglierà tutte le saturazioni del rosso egli vi mescolerà anche i campioni grigi. (*Colore di confusione*).

Ed in verità questo metodo praticamente è buono, perchè oltre la ragione che ne fu detta sopra, offre anche il vantaggio di evitare una serie di domande e di risposte che sogliono rimanere confuse e contradditorie, quando specialmente l'osservato vi dice: vedo bene il colore che mi mostrate ma non so come si chiama: oppure impiega delle denominazioni volgari, popolari e quasi di gergo che non hanno valore preciso.

Pur tuttavia bisogna ricordarsi che non in tutti i casi l'acromatopsia è diffusa a quanto è grande il campo della visione. Vi sono certe acromatopsie acquisite (per esempio, quella per nicotinismo) che rimangono limitate alla parte centrale del campo medesimo, ed in queste l'esaminato può riuscire alla prova riconoscendo il colore quando lo metta un po' per parte onde impressioni la periferia della retina.

Bisognerebbe dunque fare in modo che l'individuo non potesse spostare l'oggetto colorato, e che questo avesse una grandezza limitata per dare un angolo visuale di conveniente apertura. Questo, col sistema di Holmgren non si può ottenere; e quindi ci possono passare inosservati tutti quegli acromatropi che abbiano uno scotoma minore di 40 gradi. Per essere sicuri saremmo condotti a fare una operazione di cromo-perimetria, che è operazione che non può eseguirsi con l'esattezza voluta senza l'uso di apparecchi appositi e delicati, e con la quale faremmo perdere al metodo di Holmgren tutto ciò che abbia di pratico. Però siccome questo metodo è molto spiccio, può conservarsi e adoperarsi come prima indagine, alla quale se ne aggiungeranno altre per tutti i casi nei quali abbia dati resultati negativi.

Un altro metodo d'indagine consiste, non nel presentare all'individuo il colore del quale vogliamo conoscere se ha la percezione, bensì facendogli studiare il colore di contrasto.

È conosciutissima l'esperienza con la quale si dimostrano le ombre colorate di Leonardo da Vinci. Si socchiuda una finestra per modo da lasciar entrare nella stanza una striscia di luce bianca, e con questa luce si illumini un foglio di carta da scrivere, eppoi sul corso della luce si ponga un corpo opaco come sarebbe p. es. un lapis. Agendo così si produce sulla carta un'ombra di colore oscuro, che è determinata dalla mancanza della luce intercettata dal lapis. Or quando la esperienza è preparata a questo punto,

si prenda una candela accesa e si ponga dietro il lapis per aver una seconda ombra che vada a cadere vicina alla prima. Non sì tosto le due ombre si saranno prodotte si vedrà un fenomeno curiosissimo: cioè le due ombre saranno colorate. L'ombra che deriva dalla mancanza della luce bianca diverrà rossastra e l'altra di un bel colore verde-bluastro. E ciò avviene perchè sulla carta è caduta la luce rossastra della candela che è ovunque, meno ov'è l'ombra della medesima. E qui dove manca il rosso si trova il complementare, cioè il verde-bleu. E cambiando la colorazione della luce artificiale si può a volontà ottenere delle ombre colorate diversamente.

Su questo fatto si può combinare un metodo d'indagine, perchè se l'esperimento sopra riferito venisse fatto in presenza di un acromatrope per il rosso, egli non potrebbe vedere colorate le ombre per la ragione che il suo occhio rimarrebbe insensibile alla colorazione prodotta dalla candela, e quindi nelle ombre stesse non vedrebbe che un colore grigio più o meno cupo. Ed egli per dirci in qualche modo le sue sensazioni si esporrebbe al pericolo di attribuire all'ombre il nome di un colore che non possono avere: e senza possibilità di accorgersene, perchè non avrebbe mezzi possibili di farne giudizio.

Stilling ha consigliato un esame riproducendo presso a poco questa esperienza classica e fondamentale, che in moltissimi casi può rendere servigio, ma che per altro, checchè se ne dica, non può condursi con quella facilità e prontezza delle quali i pratici hanno bisogno.

È però possibile costruire delle tavole che rendano la bisogna più facile. Stilling stesso ha fatto delle tavole che rappresentano le serie dei colori come li vedono gli acromatropi, cioè sono delle tavole, o gamme di colori, con la eliminazione del colore perduto. Con queste tavole si capisce qual'è la parte dello spettro non veduta dall'esaminato.

Ma i colori di contrasto possono studiarsi anche in altra maniera.

Noi possediamo una esperienza di Ermanno Mayer, che è questa. Si pone un foglio bianco e sottile di carta da lettere sopra un foglio colorato (p. es. verde) della medesima grandezza; si fanno coincidere perfettamente e poi si mette framezzo un piccolo pezzetto di carta grigia più scura del verde. Ora la carta da lettere essendo traslucida lascia vedere sotto di sè il verde ed il grigio, ma il grigio si trasforma nettamente e vigorosamente in rosa. Se si varia il colore del fondo, il grigio visto a traverso il bianco presenta sempre il colore complementario.

È facile intendere che se tale esperienza venisse fatta da un acromatrope per il verde, non solo non vedrebbe sorgere il colore complementare, ma vedendo il verde come un grigio lo confonderebbe con il fragmento della carta grigia che non staccherebbe più sul fondo, non sarebbe apprezzato ne' suoi particolari, e date certe condizioni di esperimento nemmeno veduto.

Su questo fatto il Prof. Phlüger di Berna ha costruite delle tavole di prova. Sono dei fogli di carta colorata, ai quali si smorza gradatamente il colore per mezzo di foglietti di carta velina che si sovrappongono in numero maggiore o minore. Su questi fondi colorati sono disegnate delle lettere alfabetiche e delle cifre arabiche di grandezza variata e di colore bigio e nero. Queste lettere e queste cifre appariscono leggibili e nel colore complementare per chi abbia la sensazione del colore del fondo, mentre non sono leggibili affatto per chi al bigio della carta velina, al bigio e nero delle lettere, non possa aggiungere che il bigio del fondo.

Se l'esecuzione tecnica del lavoro fosse giunta a maggior perfezione e non lasciasse a desiderare qualche cosa, specialmente nel rapporto della intensità del fondo con quella delle lettere, come avverte lo stesso autore, in

queste tavole riscontreremmo un mezzo facile e sicuro di esame. Ma, è l'A. stesso che lo confessa, la tavola del verde ha qualche volta permesso ad un daltonico quella lettura che gli avrebbe dovuto essere impossibile. Anche per queste debbono adunque farsi delle riserve.

Intanto però può dirsi che le tavole del Phlüger ovviano ad alcuni inconvenienti che si trovano nelle lane dell'Holmgren. Di ciò dirò in altro articolo; ed ora dovendo dar termine a questo, prendo provvisoriamente questa conclusione : l'esame di un individuo fatto con lo scopo di rispondere alla prima dimanda che ci siamo posta, non può farsi con un esperimento unico; deve incominciarsi con le lane di Holmgren e con le tavole di Phlüger, ma le quante volte questi esperimenti non ci dieno resultato positivo, bisogna passare a più delicati esperimenti.

(Continua).

RESOCONTO DEL CONGRESSO OTTALMOLOGICO

tenuto in Milano dal 1° al 4 Settembre 1880

Seduta del 3 settembre 1880

Presidenza Gayet, Libbrecht e Cervera.

M. Martin (di Cognac), espone il resultato delle sue osservazioni sulla cauterizzazione ignea della cornea. Durante un anno egli ha curato quasi tutte le ulceri con questo metodo, praticando una o più cauterizzazioni e i resultati sono stati sempre eccellenti. Senza attribuire al ferro rosso delle proprietà antisettiche, al difuori dei punti toccati, senza neppure riguardarlo come un eccitante vascolare con lunga azione, egli pensa che la potenza del ferro rosso debba essere diversamente interpretata nell' effetto così favorevole ottenuto. Un giorno avendo cauterizzato un' ulcera molto profonda,

egli penetrò nella camera anteriore; la malata che soffriva intensi dolori, si sentì immediatamente sollevata e il dolore di tensione scomparve. Qui sta, secondo lui, il fatto principale; egli è d'opinione che il ferro rosso diminuisca la tensione anche senza essere arrivato a traversare la cornea. È forse perchè diminuendo il dolore, l'ipersecrezione interna diminuisce con lui. In ogni caso M. Martin riferisce piuttosto a quest'ultima azione che all'effetto topico l'utilità del ferro rosso; se l'ulcera è piccola una sola cauterizzazione basta, se è di dimensione media, bisogna applicare due volte diverse punte di fuoco periferiche e non esitare a perforare se l'ulcera ha tendenza alla necrosi.

M. Del Monte (di Napoli), non parteggia pel perforamento dell'ulcera col ferro rosso; la sezione col coltello gli sembra un mezzo egualmente potente contro la tensione e l'atonicità dell'ulcera.

M. Scellingo (di Roma), ha pubblicato nel 1874 alcune osservazioni relative alla cura delle ulceri della cornea e secondo lui l'eserina combinata con la sezione dell'ulcera è il miglior metodo di cura.

M. Gradenigo (di Padova), riconosce la grande potenza della cauterizzazione ignea. Da tre anni egli ci ha ricorso spessissimo e può affermare che nei casi in cui ogni altro mezzo sarebbe riuscito vano, il ferro rosso ha sempre avuto buon esito.

M. Cadei (di Brescia), conferma i resultati di Gradenigo. Avendo dapprima usato il cauterio pei casi gravi e con successo, egli non ha tardato ad estendere questa pratica a tutte le ulceri e se ne compiace. La cauterizzazione non giunge che sugli orli dell'ulcera. Questo metodo gli ha anche procurato buoni successi nei cheratoconi.

M. Gayet (di Lione), tiene a precisare i principii del suo metodo. Il ferro rosso ha soprattutto un'azione riassorbente delle materie settiche, lo che è indiscutibile. Negli ascessi interlamellari basta toccare il centro della macchia bianca per vederli spesso scomparire tutti. Ma questa cauterizzazione dà specialmente ottimi resultati nelle ulceri pultacee. Il dire che il caustico attuale non è antisettico, che non attiva la circolazione sarebbe negare tutta la teoria della cauterizzazione.

Quanto alla cornea il dolore è nullo, malgrado la sua immensa ricchezza nervosa. Ma non bisogna credere che egli applichi questa

operazione a tutti i casi di ulcera: egli non esclude dalla sua pratica nè l' atropina, nè l' eserina, nè le sezioni di Soemisch. Talvolta nella sua clinica passa anche un mese senza che egli adoperi il ferro rosso. Secondo lui l' applicazione di questo processo deve limitarsi alle ulceri atoniche, parassitarie, pultacee, il cui corso si modifica subito sotto il ferro rosso.

M. Dor (di Lione), comunica *i resultati psichici di una doppia operazione di cateratta congenita*. Un bambino, dell' età di sette anni, educato presso i ciechi, intelligentissimo è stato operato in ambedue gli occhi a un certo intervallo di tempo, dimodochè è stato possibile il constatare l' influenza della educazione cerebrale sopra il senso visivo di ciascun occhio. Questo bambino, figlio di un padre affetto di cateratta a 23 anni, era il settimo di una famiglia, in cui tutti gli altri avevano gli occhi normali; egli nacque con la cateratta doppia.

Il sesto giorno dopo l' operazione del primo occhio fu provata la visione. Il piccolo ammalato riportava allora tutto a' tre oggetti che aveva sempre seco, un pezzetto di legno, un sigillo, un cavallino di legno. Riconobbe una fravola all' odore. Vedendo una chiave, rispose è bianca; un gatto è un grosso cavallo di legno, un cavallo vero lo spaventò. Egli non aveva la nozione della distanza.

M. Dor fece la seconda operazione; cinque giorni; dopo egli esaminò separatamente la visione di quest' occhio, operato di recente e constatò che quest' occhio vedeva, distingueva, giudicava bene come il primo, che era stato operato l' anno avanti. Questo fatto dimostra dunque con molta evidenza, quanto l' educazione cerebrale influisca sul senso della vista.

M. Martin (di Marsiglia), ha praticato una doppia operazione di cateratta sopra un coscritto, che i suoi parenti avevano conservato cieco per evitare il servizio militare. Gli sono occorsi più di 45 giorni per arrivare a fargli distinguere i colori; ma due anni dopo la trasformazione di questo giovine era completa. Questo fatto è stato pubblicato.

M. Loring (di Nuova-York), presenta uno strumento destinato a misurare le *curve della cornea* direttamente col confronto di due immagini. Questo strumento è un disco sul quale si trovano poste alcune piccole superfici semisferiche di vetro, tagliate se-

condo i raggi di curvatura 6, 7, 7 1|2, 7 3|4, 8. Partendo da questo principio che le immagini sono proporzionate al raggio di curvatura, basta porre il disco accanto all'occhio da esaminarsi e ad una luce conveniente; si cerca sul disco la piccola sfera che fornisce l'immagine della stessa dimensione di quella fornita dalla cornea e il raggio d'incurvatura della cornea è allora conosciuto. Il grado di approssimazione può essere giudicato da questo fatto cioè, che M. Loring ha ottenuto assai facilmente delle sfere tagliate con una differenza di raggio di 1|10 di millimetro.

M. Javal conferma le preziose qualità di questo strumento che però si applicherebbe difficilmente all'astigmatismo, per la cui determinazione M. Loring non lo ha del resto fatto costruire.

Landolt per determinare le curvature della cornea, esamina le immagini fornite da un quadrato di carta bianca posto in faccia all'occhio.

Loring presenta un esemplare di ottalmoscopio, di cui il sistema di lenti combinate dà le $^1/_2$ diottrie. Lo specchio propriamente detto è mobile, suscettibile d'inclinazione. M. Loring ottiene una illuminazione sufficientissima abbassando i lati dello specchio. Questo modello, leggerissimo, piccolo è un tipo perfetto di costruzione.

Landolt, a nome dei signori Donders e John Jeffrie, riassumendo le opinioni sostenute dai Congressi di Amsterdam e di Cambridge sul *daltonismo* presenta le seguenti proposte: 1° È desiderabile che sia nominata una Commissione internazionale per regolare l'esame dei daltonici. 2° In tutti i paesi, le persone addette al servizio delle ferrovie e della marina devono subire esami speciali della vista al loro entrare in servizio e in epoche regolari. 3° Deve adottarsi un sistema uniforme di segnali, sia pei bastimenti, sia per le ferrovie.

Queste proposte sono votate ad unanimità dal Congresso di Milano, la cui autorità si troverà riunita alle decisioni anteriori di Amsterdam e di Cambridge.

Pflüger (di Berna), presenta uno strumento, destinato a misurare *la sensibilità quantitativa dell'occhio alla luce omogenea*. Questo strumento è un polariscopio, col quale il grado di sensibilità dell'occhio esaminato viene indicato dall'angolo medesimo

della rotazione dei prismi. In questa esperienza bisogna distinguere: 1° l' impressione luminosa; 2° la separazione dei colori. Ora è dovuto a questo secondo fatto che l'angolo di rotazione varia da 1 a 2 nei daltonici; questo strumento può essere di risorsa preziosa nello studio delle affezioni del nervo ottico.

Dor (di Lione), espone la sua teoria sul *daltonismo*. Egli non ha mai incontrato che due specie di daltonici; gli uni sono ciechi pel rosso e pel verde; gli altri pel bleu e pel giallo, i quali ultimi sono rarissimi. Egli non ha mai veduto un individuo daltonico pel rosso, che non lo fosse pure pel verde, e viceversa. Lo spettro in loro è assolutamente variabile; i daltonici pel bleu e pel giallo forniscono pure, sia uno spettro normale, sia uno spettro raccorcito. Queste ultime condizioni non concordano con la teoria di Young-Helmholtz.

Quanto ai metodi di ricerche M. Dor giudica che le lane sono insufficienti, e che dopo una o due esperienze i malati arrivano assai bene a classificare senza errore delle lane di cui non vedono realmente il colore; essi hanno ricorso alle variazioni d' intensità luminosa.

Dal 1839 Dor si è servito di lenti colorate per correggere il daltonismo, di lenti rosse pel daltonismo del rosso. Questo metodo, nel quale nel 1818 i signori Delboeuf e Spring avevano messo grande fiducia, cambia infatti il tuono luminoso del rosso esaminato; ma il vetro rosso non guarisce il daltonico, che non vede *rosso*. Quanto poi alla causa del daltonismo Dor rigetta: 1° la teoria oculare (alterazione dei mezzi dell'occhio) che non è mai stata provata anatomicamente; 2° la teoria retiniena; questa membrana essendosi sempre riscontrata sana nei daltonici, egli si attiene alla teoria di Gall; il quale localizza l' impressione del colore nel cervello, e per lui il daltonismo è un' affezione centrale.

Quaglino (di Milano), si dichiara di quest' ultima opinione e cita alcune osservazioni, in cui il daltonismo è stato susseguente a lesioni cerebrali.

Galezowsky si ricorda che fino dal 1862 con Benedict egli richiamava l' attenzione sulla discromatopsia nelle affezioni oculari. In questi ultimi tempi egli si è occupato di dare ai colori che debbonsi presentare, un risalto più vivo di quello dei colori

spettrali, spesso mal distinti dalle persone sane. Lo strumento (presentato alla Società di Biologia, luglio 1880) gli sembra fornire resultati più precisi del polariscopio di Pflüger, in cui il sistema di spostamento dei prismi di Nicol produce colori deboli.

Ma egli si separa da Dor, lasciando alla retina la vera sensazione del colore. A tale soggetto Galezowsky riproduce la sua teoria della decomposizione della luce mediante gli elementi: coni e bastoncelli. Quando questi elementi sono lesi, allora si produce la discromatopsia.

Dal 1863 al 1868 egli ha osservato sopra 2363 ammalati 203 alterazioni congenite visuali dei colori e 303 alterazioni patologiche acquisite. Nel 1869, 91 casi congeniti, 269 acquisiti. Negli anni seguenti, sopra 4002 malati, 119 congeniti, 331 accidentali; poi sopra 9363, 413 congeniti e 903 accidentali.

Questa statistica dimostra che le alterazioni congenite visuali rispetto ai colori sono meno numerose della metà di quelle che succedono alle malaltie oeulari o generali.

Landolt divide l' opinione di Dor per la localizzazione del senso dei colori; le ricerche che egli ha intraprese con Charcot sulla isteria, confermano questa opinione. Egli divide pure l' idea di Dor, che siabilisce che ogni daltonico pel rosso lo è pure pel verde. Infatti per avere la sensazione del rosso vivo bisogna avere affaticato l'occhio al verde e reciprocamente, ne risulta che se un ammalato non ha la sensazione completa di uno di questi colori, l'altro gli parrà sempre di minore intensità.

Albini (di Napoli), fa osservare che la teoria della visione dei colori sarà un giorno o l'altro modificata dalla scoperta di Boll, quantunque il rosso retinico non sia ancora stato giudicato uniformemente dai fisiologi.

Stilling (di Strasburgo), presentando l' atlante, che egli ha fatto stampare pel *diagnostico del daltonismo*, giudica dapprima i resultati forniti dagli altri metodi di esplorazione del senso cromatico. Egli dimostra che il metodo delle ombre di contrasto espone spesso ad errori, perchè i malati non avendo, a cagion d'esempio, il senso del rosso o del verde, daranno questo nome ad ombre di contrasto di tono differente. È così che certi malati non distinguendo l'ombra complementare del rosso nè del verde, chiameranno rossa l'ombra del giallo e verde l'ombra del bleu;

risposte false, le ombre di contrasto essendo bleu pel giallo e giallo pel bleu.

Le tavole da lui costruite rappresentano le serie dei colori come li vedono i daltonici. Sono colori veramente di confusione e per queste scale costrutte regolarmente eliminando il colore perduto, è facile arrivare a risposte, che dimostrano esattamente la parte dello spettro non percepita dall'esaminato.

M. STILLING, passando alla teoria propria della visione, non crede che i coni nè i bastoncelli siano gli organi ultimi destinati alla percezione luminosa; egli piuttosto attribuirebbe questa qualità allo strato dei granuli. Negli esami dei daltonici bisogna moltiplicare le prove; è così che il metodo delle lane, se lo si limita a due o tre esemplari, può essere insufficiente, mentre l'esperienza fatta con gran numero di esemplari conduce fatalmente a scuoprire gli errori ricercati.

Per l'applicazione dell'esame al personale delle ferrovie, egli è d'avviso che l'ufficio del medico deve limitarsi alla constatazione del fatto morboso, senza intervenire nelle misure amministrative, che spettano alle Compagnie.

M. REYMOND (di Torino) che ha avuto occasione di esaminare un gran numero di daltonici alcoolisti, indica una difficoltà abbastanza seria che si presenta in questi esami. Gli alcoolisti non sono daltonici che per lo scotoma, e se si presentano loro caratteri grossi, essi non commettono errori; se l'oggetto è fine usano della visione periferica, e così eludono l'esame.

MM. STILLING e PFLÜGER, pur riconoscendo l'esattezza di questa osservazione, sono d'avviso che l'esame al perimetro possa rimediare a questa lacuna dei metodi.

Seduta antim. del 4 settembre 1880

Presidenza CERVERA.

MAZZA ANDREA (di Genova) descrive alcune piccole cannule che impiega per curare le malattie delle vie lacrimali. Esse presentano un bacinetto superiore pel cul di sacco congiuntivale e sono introdotte e ritirate mediante una piccola anima (*mandrin*). Questi pezzi d'argento sono stati fabbricati con molta cura e sono facilmente

tollerati. L'Autore ne ha ottenuti buoni resultati nelle fistole croniche.

M. Landolt mostra il suo *divaricatore* a barra trasversale esterna. È infatti questa barra palpebrale che preme il globo al momento in cui si ritira lo strumento; non ponendo che gli uncini sulla congiuntiva, questo pericolo si evita e il divaricamento si effettua egualmente bene.

Musumeci (di Messina) legge una osservazione di esoftalmia dovuta ad una brusca enfiammazione della capsula di Tenone. Guarigione in otto giorni col metodo antiflogistico rigoroso.

Businelli (di Roma) mostra delle fotografie prese sopra un ammalato operato di blefaroplastica per un processo nuovo. È il metodo a ponte, che Baroni usò per la cheiloplastica. Businelli prende il lembo sulla fronte e l'abbassa a maniera di benda sopra la perdita di sostanza eccitata. Il lembo aderente a queste due estremità piglia presto radice sulla piaga; allora lo si distacca dal suo luogo d'impianto primitivo e l'operazione è terminata.

Vitali (di Bari) e Martin (di Cognac), a proposito di questo processo di blefaroplastica, esprimono l'opinione che gl'innesti dermici debbano essere sostituiti ai metodi antichi. Non si tratta più d'innesti epidermici, ma di veri pezzi di pelle intera, che possono raggiungere dai 2 ai 3 centimetri e che prendono vita sulle piaghe da colmarsi. Il calore sembra essere uno dei mezzi più potenti per assicurare il successo di questo trapianto.

M. Vladesco (di Bukarest) legge una Memoria sopra le cause dell'*ambliopia in Bulgaria*. Il nicotinismo che ha tanta parte in Germania, quantunque esista anche in quella provincia, pure cede il passo all'azione del miasma palustre. Le lesioni da lui riscontrate sono quelle descritte da M. Poncet in Algeria; emorragie, pigmentazione dei leucociti, edema, ecc. ecc. Dieci anni d'osservazioni gli hanno permesso di classificare queste ambliopie; per causa palustre 85, anemia 58, nicotinismo ed alcool 21, vizi di refrazione 15.

Pettorelli (di Piacenza) fa conoscere l'azione di due alcaloidi nuovi; la nitrodaturina e la nitroatropina di cui l'azione dilatatrice sulla pupilla sarebbe esente da qualunque azione tossica. La parola *nitro* unita a questa nomenclatura non indica per nulla una composizione nitrica.

M. PFLÜGER (di Berna) comunica il resultato di lunghe ricerche intraprese per elucidare la questione della tensione oculare sotto l'azione dell'eserina, dell'atropina e delle correnti.

Dopo essersi posto nelle migliori condizioni possibili per le esperienze, dopo avere ben regolarizzata la pressione indicata dal manometro seguendo le indicazioni date da Leber nelle sue esperienze, avendo trovato la pressione normale del coniglio = 18 millimetri di mercurio, egli ha constatato:

1° Per l'atropina: che questo alcaloide produce dopo 15 minuti una depressione di 5 millimetri, e mai un aumento;

2° Per l'eserina l'aumento è al contrario dai 4 ai 9 millimetri; dopo 45 minuti la tensione oscilla, ma resta sempre al di sopra della normale.

Questi resultati inscritti con cura sopra numerose curve in diversi quadri contradicono dunque l'opinione di Laqueur e di Schnabel e confermano le antiche idee;

3° Per le correnti elettriche costanti. In questi ultimi tempi Knapp avrebbe veduto dei casi di guarigione di distacchi e anche di cateratte riassorbite. L'azione delle correnti continue varia secondo il loro senso. Con una corrente costante di 5 elementi, il *catode* può elevare la pressione intraoculare da 10 a 25 millimetri. Ma se si cambia il senso della corrente, non ci è diminuzione. Però questo aumento mediante il catode si fa con oscillazioni che sembrano avere una gran parte nell'azione dell'elettricità.

ANGELUCCI (di Roma), espone il resultato d'esami istologici praticati sopra innesti corneali. I resultati raggiunti dall' autore gli fanno credere che questo metodo non ha avvenire, poichè egli ha veduto sempre la cornea divenire opaca per la cicatrizzazione che partiva dall'orlo della piaga. L' umore acqueo ha una parte considerevole nella obliterazione della breccia aperta; esso ingrossa e si organizza.

Seduta pomerid. del 4 settembre 1880

Presidenza QUAGLINO.

MANCHÉ (di Malta), ha ripreso le esperienze di Berlino sopra le ambliopie consecutive alle contusioni del globo oculare. Le lesioni che producono questa ambliopia hanno cause molteplici e

possono derivare sia dal torpore della retina stessa, sia dalle rotture coroidee, da un astigmatismo passeggiero, sia dalle lussazioni del cristallino.

Carreras Arago (di Barcellona), presenta: 1° Un lavoro stampato con molta eleganza, contenente tutto quanto si riferisce all'esame della visione, acutezza e colori. È un libro, che realizzando gli ultimi portati della scienza, ci sembra destinato ad avere in Spagna un carattere officiale; 2° Un caso raro di persistenza di arteria, ialoide; la rete permanente mobile era bianca; 3° Un pezzo patologico trovato in un cimitero; una esostosi eburnea del volume del pugno, occupante la parte superiore dell'orbita destra e il cranio.

Gariel (di Parigi) dà la descrizione dei modelli, che egli ha fatto costruire per la dimostrazione nell'insegnamento del cammino dei raggi luminosi nell'occhio. La refrazione, l'accomodazione sono studiate sopra linee mobili che camminano automaticamente. Questi modelli figurano da qualche tempo alla Facoltà di medicina e alla clinica del prof. Panas.

Ferradas (di Madrid), legge una memoria sugli *accidenti oculari nella pellagra.* Queste lesioni possono giungere dal semplice eritema palpebrale o congiuntivale fino all'atrofia retino-coroidea.

Kutschler (di Berlino), presenta il resultato di ricerche fatte sullo stato del nervo ottico atrofizzato dopo la perdita dell'occhio.

Falchi (di Torino), ha studiato e riprodotto sperimentalmente le lesioni della retino-coroidite pnrulenta.

Ponti (di Parma), legge la relazione degli accidenti oculari da lui riscontrati sopra alcuni soldati in seguito ad una esplosione di dinamite.

Cervera (di Madrid), dà: 1° I disegni di un caso di mughetto della congiuntiva palpebrale e oculare in una giovinetta di 16 anni. Il microscopio ha fatto riconoscere la presenza dell'*oidium albicans.* Casi analoghi sono stati osservati da Reymond a Torino. 2° L'osservazione di un caso di assenza completa delle iridi con cateratta molle doppia. Il cristallino mobile lascia alla parte inferiore una leggiera zona trasparente, attraverso la quale si fa la visione.

Rampoldi Roberto (di Pavia), mostra: 1° Alcuni disegni di preparazioni anatomiche fatte sopra un *gliosarcoma* del N. O. Il tumore, localizzato all' indietro del globo oculare e rispettandolo, aveva il volume dell' occhio. Le dissociazioni, praticate con molta abilità hanno permesso all' autore di arrivare ad isolare le lunghe cellule del sarcoma col loro prolungamento. 2° Alcune cellule isolate dello strato intergranulare. Queste cellule dai lunghi e numerosi prolungamenti, con grosso nucleo, già osservate da Manfredi e da Golgi (nel 1872) potrebbero esser prese per cellule nervose; non è così e questi elementi ramificati sono di natura connettiva. Dissociando le retine in una leggierissima soluzione di bicromato, Rampoldi è giunto a ottenere queste delicate e notevoli preparazioni.

Poncet segnala una circostanza in cui le dissociazioni della retina si fanno patologicamente, cioè la retinite albuminurica. Nelle placche grasse della retina, che s' incontrano in questa retinite è facile mediante la dissociazione il convincersi che la fibra nervosa ottica, la quale discende fino ai bastoncelli si trova avvolta in un viluppo connettivo. Questo resta incolore; l' asse cilindrico è roseo pel puro carminio, ma il fatto importante è che sopra questo viluppo esistono nuclei di endotelio, che costituiscono i due strati di granuli. Questa dimostrazione di anatomia patologica, la bella reazione della porporina di Ranvier, lo stato delle placche di atrofia retinica, lo stato dei grani nella sclerosi della membrana nervosa tutto dimostra che i granuli non sono elementi nervosi, ma piuttosto nuclei di cellule connettive. Così si trova giudicata la teoria sostenuta al Congresso da Stelling, il quale vorrebbe porre la percezione luminosa in questo strato e non già nei bastoncelli o coni.

Il Congresso decide che la prossima riunione di Ottalmologia avrà luogo a Madrid. Il prof. Cervera è nominato Presidente del Comitato ordinatore.

La maggioranza decide inoltre (ed con questo aderisce alle proposte dei signori Donders e Warlomont) che vi è luogo di proporre immediatamente al Congresso di Madrid, lo studio dei mezzi di riunire il Congresso internazionale di ottalmologia al Congresso generale di scienze mediche, di cui formerebbe una sezione. Dopo

un caloroso discorso, il Presidente Quaglino che ha saputo in queste sedute conciliarsi le simpatie e la venerazione di ognuuo, dichiara chiuso il Congresso.

RIVISTE

1. Ossificazione intraoculare intorno ad un corpo estraneo metallico. SANTOS FERNANDEZ (dal *Siglo Medico*).

Un uomo nativo di Corogna, residente a Cuba, si presenta alla consultazione delle malattie degli occhi il 28 febbraio 1880. Egli racconta che fino dall'8 di maggio 1871 soffre all'occhio destro al seguito di una ferita ricevuta mentre riparava il fondo di una nave nell'arsenale di Avana. Mentre egli fissava un chiodo, un frammento di questo lo colpì all'occhio destro. Sul momento ebbe poco dolore; si coprì l'occhio con la mano destra ed in questo mentre si avvide che usciva, secondo le sue proprie parole, un liquido simile a chiara d'uovo. Egli si recò immediatamente da un medico, e strada facendo sentì all'occhio ferito un dolore intensissimo del quale poi per tre mesi non si potè più liberare altro che a brevi intervalli. Un pratico, consultato in proposito, si limitò a combattere l'inflammazione consecutiva al traumatismo, non sospettando la presenza di un corpo estraneo nascosto dal sangue e dalla tumefazione dei tessuti.

Dopo alcuni mesi i dolori cessarono, quantunque l'occhio si fosse convertito in una carnosità e la pupilla fosse scomparsa. A poco a poco il globo oculare cambiò aspetto e il suo volume diminuì gradatamente.

Ora, da sei mesi, i dolori si ripresentarono e il malato si avvide che nel centro del bulbo atrofizzato sporgeva un corpo estraneo, che egli credette fosse il frammento del chiodo da lui ricevuto nell'occhio cinque anni prima.

Allora il dottore Fernandez, cui il malato ricorse, afferrò con una pinzetta la parte di questo corpo estraneo che sporgeva circa tre millimetri, e potè convincersi che era solidamente impiantato, tanto da non poterlo estrarre.

Sebbene l'ammalato desiderasse molto di conservare il globo oculare, atrofizzato e ridotto alla metà del suo volume, convenne ricorrere alla enucleazione, tanto per evitare lo sviluppo di una oftalmia simpatica quanto per facilitare le manovre chiururgiche necessarie alla estrazione del corpo estraneo.

La enucleazione ebbe luogo la sera dello stesso giorno preceduta da anestesia. L'occhio enucleato era notevolmente diminuito in volume; divenuto piatto verso la parte posteriore offriva al tatto la consistenza di un corpo solido. Assoggettato a destra e a sinistra con due pinzette da fissazione, si isolò col bisturi il corpo estraneo. Questi sporgeva alla sua estremità anteriore che terminava in un filo e con la posteriore raggiungeva il fondo dell'occhio, dove terminava in una punta.

Isolato completamente dopo che il bulbo fu diviso in due parti secondo il diametro antero-posteriore, il corpo estraneo parve circondato a due terzi da una sostanza di aspetto osseo formante un anello così aderente che con le dita soltanto non si avrebbe potuto separarlo. Quest'anello osseo incompleto, di 4 millimetri nel suo più grande spessore e di 5 millimetri di larghezza in alcuni punti, occupava la regione più remota del diametro antero-posteriore dell'occhio e ricopriva il corpo estraneo fino alla punta assai aguzza. I due corpi riempivano la cavità dell'occhio che era del volume di una grossa nocciuola. Il corpo estraneo e l'anello osseo che lo circondava, sottoposti ad una corrente d'acqua subito dopo l'operazione, pesarono 95 centigrammi.

L'indomani della operazione l'ammalato era in uno stato sodisfacente, e non risentiva più alcun dolore.

Un mese dopo si cercò di mettergli un occhio artificiale, ma convenne rinunziarci, a cagione della retrazione della congiuntiva palpebrale inferiore.

Questa istoria l'abbiamo riportata perchè è un esempio di come possa accadere che in conseguenza di ferite oculari con corpo estraneo sorga dopo molti anni la necessità di praticare quella enucleazione per la quale la clinica moderna trova più facile indicazione di quanto non facesse l'antica. L'ammalato in questione è stato nove anni col pericolo di essere preso da una ottalmia simpatica, e perchè? per giungere a sottoporsi a quella operazione che nove anni prima era indicata.

Quanto alla ossificazione fattasi intorno al corpo estraneo, desidereremmo averne la dimostrazione istologica. LA DIREZIONE.

2. Della Tenotomia parziale dei muscoli dell'occhio, per combattere lo sviluppo della miopia progressiva, per CH. ABADIE.

Lasciando da parte le considerazioni che l'Autore crede di dover fare sulla patogenia della miopia progressiva, si può prendere atto del modo con il quale egli pratica l'operazione. Ecco le sue parole:

I primi tempi della operazione sono assolutamente i medesimi che nello strabismo ordinario. Uno degli orli del muscolo è ben scoperto e disim-

pegnato con forbici smusse per potere poi scivolare l'uncino sotto il tendine. Ciò fatto, a piccoli colpi di forbici, si comincia la sezione del tendine dal lato dell'orlo libero dell'oncino, e vi si arresta quando siamo verso la metà della larghezza della inserzione tendinosa. Si ripete l'operazione sulla parte opposta, cioè da quella ove corrisponde il manico dell'uncino, e si taglia nuovamente fino verso il mezzo del tendine.

Ci si ferma quando non rimangono da tagliare che poche fibre mediane.

Ciò basta per indebolire il muscolo, in una misura sufficiente, nei casi leggerissimi. (*Progrès Médical*).

3. **Scomparsa del daltonismo col riscaldamento dell'occhio,** *del prof.* HERANN COHN.

Heidenhain e Grützner dimostrarono che un individuo dotato di un potere cromatico normale può esser preso da discromatopsia durante lo ipnotismo. Ciò fece dubitare al nostro A. che un individuo che fossè daltonico per vizio congenito potesse subire delle modificazioni per la ipnosi medesima, e tanto più che egli aveva appunto esaminato un individuo affetto da completo daltonismo congenito, il quale si ricredeva su molti errori quando l'occhio era ipnotizzato. Fece esperienza in questo senso su tre persone adattate (*medium*) ed osservò che se cuopriva un occhio (l'uno o l'altro) con un libro freddo o con la mano fredda queste tre persone facevano gli errori caratteristici ed erano incapaci di decifrare le diverse tavole pseudo-cromatiche. Se al contrario un occhio era coperto con la mano calda o con un panno caldo, l'altro occhio leggeva subito, o dopo un certo intervallo di tempo (da 20 a 100 secondi) tutte le tavole colorate. Gli esaminati stessi rimanevano spaventati delle confusioni che avevano fatte prima, ma ricadevano nella impossibilità di classificare i colori di prova tosto che si toglieva dall'altro occhio la mano calda. L'A. dichiara essere prematura qualunque teoria. Bisogna far nuove prove. Intanto i fatti osservati sono importantissimi.

4. **Ambliopia amaurotica per tenia,** pel Dott. MORANO. — *Giornale delle Malattie degli occhi,* Gennaio 1880.

Questo caso venne osservato dal professor Morano, il quale così lo descrive:

La signorina G. Salfi, di 18 anni, domiciliata in Napoli, di debolissima costituzione organica, fino dalla sua prima età ha sofferto convulsioni epilettiformi, che cessavano solo sotto l'uso delle somministrazioni di purganti e di santonina. I medici curanti le prescrissero un metodo tonico-ricostituente, che fedelmente eseguiva in ogni stagione di primavera e di autunno. Sotto questo metodo curativo miglioravano i fenomeni epiletti-

formi, ma la sua nutrizione deperiva di giorno in giorno. Non mestruò giammai. I fenomeni convulsivi riapparivano costantemente ogni quindici giorni, accompagnati da vomito. Nelle feccie si trovavano delle volte pezzettini di tenia. Per combattere la quale prese più volte la decozione di radice di granato selvaggio, ma senza prò.

Nella estate passata oltre ai fenomeni predetti incominciò ad avvertire sensazioni luminose, fosfeni, bagliori della vista, che delle volte sparivano e delle volte riapparivano con maggiore intensità; finchè nel settembre lo stato de' suoi occhi si ridusse a tale, che distingueva poco precisamente i caratteri grossi da stampa ed anche le suppellettili più grossolane della sua camera. Questi fenomeni continuavano nel mese di ottobre con più o meno alterna intensità, quando venne alle mie consultazioni private a' principii di novembre scorso.

La giovinetta camminava incespicando, non sicura de' suoi passi, appoggiata al braccio del suo genitore. All'esame obiettivo osservavo le pupille molto dilatate, ma reagenti all'azione della luce; la cornea ed il cristallino erano normali. All'esame oftalmoscopico notavo il fondo degli occhi fisiologico; solamente le pupille ottiche erano di un bianco-grigiastro ed i vasi centrali un po' dilatati. All'esame funzionale, distingueva il movimento delle dita a 10 centimetri di distanza, e riconosceva il carattere N.° XX di Iaeger. A questo esame non poteva resistere per molto tempo perocchè avvertiva fotofobia e lacrimazione.

Si trattava adunque di un'ambliopia amaurotica; e avendo inteso la anamnesi testè ricordata, ho pensato che quest'alterazione venisse sostenuta da elmintiasinosi, probabilmente da tenia. Il metodo curativo doveva essere rivolto a combattere l'ospite molesto.

Dopo due giorni somministrai di buon mattino nell'acqua tiepida 15 grammi di kousso sottilmente polverizzato, e dopo 4 ore un purgante di olio di ricini; verso mezzogiorno l'inferma si liberò della tenia. Cadde in un profondo sopore, che si protrasse fino al giorno appresso; ma quando si destò, avvertì un notevole rialzamento nella forza visiva. Il diametro delle pupille si era abbastanza ristretto, e riconosceva le dita e le contava a circa 2 metri di distanza. Dopo cinque giorni la forza visiva era completamente normale.

5. **Ricerche sulle paralisi oculari consecutive a traumi cerebrali,** per A. CHEVALLEREAU. — Paris 1879.

Dallo stesso A. le sue ricerche vengono di tal guisa riassunte:

Le paralisi oculari consecutive ai traumi cerebrali sono assai comuni, specialmente dietro le fratture del cranio, ma non vennero ancora sufficientemente studiate. Il più spesso danno fenomeni sul nervo motore oculo

esterno. Queste paralisi possono essere dovute ad una lesione della scòrza cerebrale in una regione speciale; tuttavia non esiste per gli occhi una localizzazione motrice la cui esistenza non possa essere dalla critica sbugiardata. Per questo, lo strabismo paralitico che si osserva dietro traumi, generalmente è dovuto a lesioni sia dei cordoni nervosi motori dell'occhio, sia dei loro nuclei di origine. Per questi ultimi, le lesioni consistono nella loro distruzione in causa di un'emorragia o di una lacerazione del pavimento del quarto ventricolo. Nel caso di contusione cefalo-spinale, i tronchi nervosi ponno essere rotti, lacerati, stirati o compressi da emorragie, da essudati, da un callo osseo. I sintomi non differiscono da quelli della paralisi di causa organica. Il pronostico dipende dalla natura della lesione e dallo stato del globo dell'occhio.

Libri ricevuti in dono

e pei quali si fanno ringraziamenti ai loro Autori

Dott. Carreras-Arago — *Examen y mejora de la vision* ecc. ecc. Ilustrado con grabados y cromos. Barcellona 1880.

Dott. Angelucci Arnaldo — *Sullo sviluppo e struttura del tratto ureale anteriore de' vertebrati.* (R. Accademia de' Lincei). Roma 1880.

— *Ricerche istologiche sull'epitelio retinico de' vertebrati.* Roma 1878.

Wecker et Landolt — *Traité complet d'ophthalmologie.* Vol 1. Paris, Delahaye 1880.

Dott. Verdese — *Della Acromatopsia e Discromatopsia congenita ed acquisita negli impiegati ferroviari e marittimi.* Genova, tip. Schenone 1880.

Talko — *Sprawozdanie z* VI-*go Kongresu miedzynarodowego oftalmologów w Medyjolanie.* N. 20 della *Kronika Lekarska.* Varsavia.

Tafani e Brigidi — *Sul rosso della retina. Osservazioni.*

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

ESAME DELLE FACOLTÀ VISIVE E CROMATICHE NEGLI IMPIEGATI DELLE FERROVIE E DEI BASTIMENTI.

(Continuazione, vedi N. 3).

Il dottor Redard ha modificato il metodo di Holmgren sostituendo alle lane dei lumi variamente colorati. Egli impiega a questo scopo la lanterna del Maréchal alla quale ha pur fatte subire delle modificazioni per semplicizzarla. Questa lanterna, nella quale abbrucia una candela stearica, offre nella sua parete anteriore due aperture circolari ove si pongono dei vetri colorati. Una di queste aperture è destinata a ricevere il vetro del colore fondamentale o vetro modello, e l'altra dei vetri di vario colore e di varie gradazioni di colore che debbono essere confrontate col primo (colori di confusione). S' intende facilmente come possa farsi l'esperienza. Per esempio, si pone in una apertura un vetro campione, e nell'altra si fanno passare successivamente i vetri che hanno il colore di confusione; colui che trova simili al vetro della prima apertura, i vetri colorati dell'altra apertura è viziato.

Di più Renard ha un vetro metà rosso e metà verde di una intensità proporzionata fra loro in modo che colui, il quale non abbia buona acutezza cromatica o confonde completamente o non dichiara se non titubando e con incertezza.

Le ricerche fatte con la lanterna del Redard hanno i vantaggi e gli inconvenienti del metodo, al quale sono appoggiate, soltanto hanno in proprio i seguenti vantaggi: *a*) Potendosi per mezzo di diafragmi aumentare e diminuire il diametro dell'apertura colorata, servono anche a dar la misura dell'acutezza cromatica, come dirò in appresso. *b*) Dando dei resultati apprezzabili da chiunque, serve mirabilmente a capacitare qualunque individuo facente parte di una commissione di ammissione e di revisione del personale, onde la responsabilità non resti tutta all'uomo del-

l'arte come quando si praticano esperimenti a resultati meno volgari.

Se dopo gli esperimenti istituiti con le lane di Holmgren, con le tavole di Phlüger, o con la lanterna di Redord non ci crediamo in diritto di trarre una conclusione definitiva, ciò è più specialmente pel fatto possibile e non raro della mancanza della percezione del colore limitata ad una porzione del campo visivo.

La clinica c'insegna che negli individui nei quali la facoltà visiva deperisce o per attossicamento alcoolico o per inquinamento sifilitico, si manifestano delle discromatopsie ed anche delle acromatopsie parzialmente distribuite, anzi limitate alla porzione centrale del campo visivo. È per tanto che individui i quali non possono nullamente apprezzare la qualità specifica di un colore che guardano direttamente, possono farlo se questo ferisca le parti periferiche della retina. Veramente a questo riguardo conviene distinguer bene il 1° metodo di esame dal 2°. Infatti mentre col metodo di Holmgren è indifferente che l'esaminando riconosca il colore delle lane con una porzione della retina o con l'altra, col metodo di Phlüger per poter leggere, deve impiegare la porzione centrale della retina e quindi lasciar scuoprire se abbia uno scotoma centrale, (che è il caso il più frequente). Chi ha molta pratica in questo genere di esami può tener calcolo della esitazione provata dall'osservando nella scelta o nella recognizione del colore, può valutare certe deviazioni dell'asse visivo e dell'impiego di un asse secondario; ma ciò non è egualmente facile per un esaminatore che non abbia molta abitudine a questo genere di esperimenti.

In altri individui invece la facoltà cromatica può essere conservata nel centro ed essere disturbata assai alla periferia, dimodochè l'ampliezza del campo visivo pei colori trovasi più o meno limitata oltre quel segno che è il normale. Ed in questi l'esperimento di Phlüger, non può avere valore alcuno.

Una grande severità di esame può sembrare eccessiva pel caso nel quale debbasi giudicare della capacità di un ammittendo, poichè allora può il medico rifiutare l' *accessit* a qualunque candidato che gli lasci il minimo dubbio sulla sua idoneità. Ma allorquando lo studio è da portarsi sopra tale che essendo già impiegato ha perciò dei diritti acquisiti, conviene agire scrupolosamente ed i sospetti non possono valere per farlo licenziare da una Società alla quale ha prestati i suoi servigi. A questo punto le cose si fanno assai difficili; e per vero noi non sapremmo raccomandare altra pratica che quella della cromo-perimetria e della campimetria con le quali venendo saggiata la sensibilità cromatica in tutta l'estensione dei diversi meridiani della retina, noi possiamo coscienziosamente portare il nostro giudizio.

E le cose stando in questi termini, ci sembra conveniente devenire ad una specie di compenso pratico; dividere ciòè gli esaminandi in due categorie; nella categoria degli ammittendi ai quali si può da uno dei diversi medici sociali praticare l'esperimento di Holmgren o di Phlüger, per rifiutarli se non lo vincono convenientemente: e nella categoria degli impiegati da sottoporre alla revisione, i quali prima di essere licenziati debbono subire l'esame più scrupoloso. E per questo ci par necessario di ricorrere a dei pratici specialmente abituati a studiare lo stato delle facoltà visive. E ciò è quanto dire a degli oculisti.

Ora siccome nelle Società nelle quali gl'impiegati furono ammessi e scelti con prudente criterio, nelle visite di revisione trattasi appunto di acromatopsia acquisita, e questa è quella che suol essere irregolare, così appunto ne segue che in queste visite, come trovasi argomento più delicato, rinviensi anche di gran lunga più difficile.

Ad ogni modo; se anche i diversi medici sociali volessero istituire un saggio campimetrico sommario, potrebbero farlo col metodo così detto della mano. Essi perciò dovrebbero

far fissare una delle loro mani posata sul petto, e nel frattempo presentare con l'altra un oggetto colorito muovendolo secondo i varj meridiani del campo visivo. L'oggetto colorato, a rigore, può anche tralasciarsi perchè in questi casi ai quali alludiamo, se vi sono delle lacune nel campo visivo, queste sono per l'impressione luminosa senza distinzione di colore. L'unione dei punti estremi, ai quali la seconda mano è veduta segna il perimetro del campo visivo, ed il modo con il quale la mano stessa è veduta nei diversi punti dell'area di detto perimetro, indica lo stato del campo visivo.

Se non che qui sorge una difficoltà delle più gravi, ed a vincer la quale ne viene nuovamente necessario lo specialista. Appunto perchè in questi casi di acromatopsia acquisita, la mancata percezione dei colori dev'essere presa come un sintoma ed elevata a grado di segno per la malattia cui può essere riferita, non è più questione di verificare il fatto ma di giudicarlo. E conviene giudicarlo se sanabile o no; giudicarlo se facilmente riproducibile quando sia scomparso; onde le Società sappiano se debbono licenziare il loro impiegato, o sottoporlo a speciale sorveglianza.

E qui per andar dietro al sintomo, acromatopsia, io accomuno delle condizioni cliniche molto diverse: ma siccome relativamente ciò feci una esplicita dichiarazione sul principiare del mio articolo (vedi fasc. novembre, pag. 30) spero di non essere causa di confusione. *(Continua)*.

RIVISTE

1. Società ottalmologica del Regno unito.

Il 28 ottobre sotto la presidenza Bowman fu letto ed approvato lo statuto dalla maggior parte degli oculisti più conosciuti del paese, e da molti medici e chirurghi non specialisti.

Fu presentato e descritto un caso di nevrite ottica e un caso di tumore

dell' iride. Hutchinson lesse la storia di un caso di emorragia retinica in un giovine individuo.

Fu poi presa la risoluzione di mettersi in rapporto colla Camera di Commercio (Board of Trade), per la quistione del Daltonismo nelle persone che debbono apprezzare i colori come segnali; quistione che ha chiamato l'attenzione dei Governi stranieri e che non può dirsi assai quanto sia importante. (*The Lancet*).

2. **Ricerche istologiche e sperimentali sulla cherato-plastica,** pei dottori Angelucci e Neelsen. — (*Gazzetta di Roma,* 1° novembre 1880).

Gli A. si propongono di studiare come decorra il processo di cicatrice nei lembi di cornea trapiantata per risolvere, mercè la istologia, la questione del frutto che la clinica può sperare nei suoi tentativi.

Essi prendono le mosse dal processo di cicatrice che avviene nella breccia cheratica quando l'innesto non attecchisce. La breccia si chiude per un coagulo formato da una trasudazione iridea, o dal rappigliamento dell'umore acqueo e del succo nutritivo della cornea, e sul quale prolifera poi l'epitelio cheratico.

Questi fatti ci allontanano dall'ordinario processo di cicatrice, e ci avvicinano al processo delle organizzazioni del trombo, od alla infiammazione adesiva delle membrane sierose.

Dopo pochi giorni nel coagulo entrano delle cellule rotonde che non prendono parte alla formazione futura del connettivo, chè queste derivano dai vasi, dall'iride e dalla proliferazione dei corpuscoli della cornea circostante. Non si forma mai nulla che ricordi la membrana di Bowman; all'interno si stratifica con endotelio derivante dalla regione limitrofa, e dopo 5 o 6 mesi apparisce fra questo e la cicatrice uno strato identico nello aspetto e nelle reazioni micro-chimiche alle membra del Descemet.

I corpuscoli della cornea nei pezzi trapiantati, frequentemente dopo una proliferazione effimera si necrotizzano in unione alla sostanza fondamentale, oppure subiscono delle modificazioni che inchiudono la loro distinzione. Nel primo fatto le cellule fisse della cornea subiscono il *rigonfiamento parenchimatoso* e formano una rete informe di cellule poligonari contenenti uno o due nuclei; fra essi osservansi corpuscoli di pus. Se avessimo una flogosi acuta, il processo incomincerebbe dall'edema della cornea che ne divaricherebbe gli interstizi ove penetrano corpuscoli di sangue e cellule migranti. Le cellule fisse si raggrinzano, i nuclei proliferano, le cellule si dividono e ne vengono poi distrutte per la cresciuta infiltrazione delle cellule semoventi e per il rammollimento interstiziale.

Quando cicatrizza una ferita della cornea, i suoi corpuscoli fissi proliferano ed hanno progressiva tendenza ad organizzarsi, e mostrano dei prolungamenti molto lunghi diretti verso la parte ferita, i nuclei si dividono e ne segue una rapida proliferazione della cellula da cui ne risultano cellule fusiformi molto allungate che dispongonsi in svariate direzioni.

Se trattasi di una riunione di prima intenzione, fra i due labbri di una ferita non vi è quantità apprezzabile di sostanza interstiziale; ma nel caso che debba riempirsi una larga soluzione di continuo, questa sostanza è abbondante ed è forse un prodotto separato dalle cellule.

I vasi derivano da un germoglio solido che sorge dall'endotelio, ed i corpuscoli della cornea ne formano l'avventizia.

Sperimentando pel trapiantamento, gli A. videro che la cornea immessa dopo 5 o 10 minuti era adesa per il coagulo sopradescritto, e la camera anteriore era riformata.

Nel pezzo trapiantato per primo si notò l'arresto della sua circolazione nutritiva che per 8 o 10 ore non porta alterazione di trasparenza. Al contorno del lembo la circolazione più tardi ricomincia pel pus trasudato dall'iride e per il liquido nutritizio della cornea circostante, e per tanto alla periferia troviamo proliferazioni con tendenza progressiva, e nel centro tracce di processo necrobiotico, che si completa quando dall'iride non sieno originati vasi nuovi e non sia sorta una proliferazione di giovani cellule fra il pezzo trapiantato e la cornea. Accaduta la vascolarizzazione, i vasi del pezzo trapiantato si mettono in relazione con quelli che, da lui diretti dal margine corneo-sclerale, attraversano la cornea. Questa vascolarizzazione poi scomparisce ed a processo terminato la breccia della cornea resta chiusa da un tessuto che alcune volte è assolutamente tessuto di cicatrice e qualche altra ritiene alcuni degli elementi innestati ma deformi ed attorniati da tessuto opaco.

Quando l'iride non può incunearsi fra i labbri della ferita e quindi prender parte alla cicatrice, il trapiantamento corneale o cade o si necrotizza. E per tutto ciò gli A. vengono a questa conclusione: « *La guarigione in* SITO *del pezzo è solo possibile quando la sua nutrizione vien data tanto dalla cornea quanto dall' iride, ma in questa seconda evenienza l' incapsulamento al pezzo trapiantato che forma la tessitura di cicatrice che emana dall' iride fa corrispondere il resultato ad una operazione il di cui successo è del tutto mancato.*

3. Della cura delle ulcerazioni o delle suppurazioni gravi della cornea, con l'ablazione di un lembo congiuntivale corrispondente.

Nella *Rivista clinica d' Oculistica* diretta dal Dott. Armaignac, si leg-

gono le relazioni di quattro casi, tre dei quali appartenenti al Dott. Prouff ed uno al Direttore del giornale, quali stanno a provare che la escisione di un lembetto congiuntivale tolto alla periferia della cornea in corrispondenza dell'ulcerazione, ed esteso quanto questa, dà dei resultati soddisfacentissimi.

È un po' difficile spiegare l'influenza benefica di questa pratica, e l'Autore stesso non si pronunzia a questo riguardo, quantunque dalle sue parole trasparisca che egli volentieri ammetterebbe che con questa operazione la cornea risentisse l'effetto del taglio dei filetti nervosi del simpatico. Infatti egli cita le esperienze di Sneller, le quali hanno provato che la sezione de' filetti del simpatico che vanno ad un organo al quale si è fatto subire una perdita di sostanze, favorisce la cicatrizzazione.

Lasciando da parte le spiegazioni, e stando al resultato pronto e quasi meraviglioso della piccola operazione, possiamo dire che Prouff ha reso un segnalato servigio all'arte; infatti della sua operazione può dirsi:

1. Che ha, contro i dolori una efficacia immediata, e quindi è preferibile alla paracentesi.

2. Che è operazione che può esser fatta da ogni medico, senza strumenti speciali e senza ajuto.

3. Che non impedisce, il caso richiedendolo, la pratica delle altre operazioni consigliate per questi mali.

4. Che l'effetto curativo sovente è più rapido di quello delle altre operazioni, per praticare le quali bisogna spesso ricorrere a chirurghi specialisti.

CORRISPONDENZA

Carissimo collega ed amico,

. . . .

Io lamento piuttosto l'omissione completa di quanto ho detto a proposito della cura adottata da più di due anni nella mia clinica contro la *congiuntivite cruposa e difterica*. Mi faresti cosa grata accennando nel prossimo numero alla cura di questa grave malattia mediante la *continua* applicazione del caldo-umido sulle palpebre ed alle spennellature fatte una o due volte al giorno sulla congiuntiva palpebrale e sulle stesse placche difteriche con una soluzione di *cloralio idrato* ad 1, 2 ed anche 3 per cento.

Questo metodo immaginato dal mio primo assistente dottor Bonagente, e da me poi adottato, ebbe risultati tali che migliori non si potrebbero sperare. Nei nostri varii dispensarii privati e pubblici, e nella pratica privata nelle famiglie abbiamo avuto guarigione completa di tutti i casi (forse una sessantina), e perciò non si ebbe a deplorare la perdita d'un solo occhio, quando la cura giunse in tempo, quando cioè fu cominciata prima della necrosi della cornea. Questo mi sembra un fatto molto importante.

Il Bonagente ha già comunicato un manoscritto in proposito al giornale internazionale di Napoli (manoscritto da me riveduto), e credo che il dottor Raffaele lo stamperà nel prossimo fascicolo del suo giornale. . . . .

Ed a proposito del nostro prossimo Congresso ti dirò che entro la corrente settimana si costituirà la Commissione ordinatrice coi nomi seguenti: *Presidente*, Businelli; *Vice-Presidente*, Dott. Dantone; *Segretario-Cassiere*, Dott. Bonagente; *2° Segretario*, Dottore Angelucci Arnaldo.

Tuo sincero collega.
BUSINELLI.

Roma, 7 novembre 1880.

ANNUNZI BIBLIOGRAFICI

MUSEMICI Dott. PANCRAZIO. *Della granulazione palpebrale*. Messina, 1877.

ID. *Lettera ed osservazioni cliniche*. Messina, 1877.

ID. *Sulla miopia progressiva, sulla presbiopia e sulle lenti colorate*. Messina, 1878.

PFLÜGER Prof. H. *Augenklinik in Bern-Bedicht über das Jahar 1879*. Berna, 1880.

ALBINI Prof. Giuseppe. *Le instillazioni di atropina nelle iriditi con sinechie posteriori*.

ID. *Ricerche per determinare il modo di azione della duboisina e dell'eserina*.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile*.

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

ESAME DELLE FACOLTÀ VISIVE E CROMATICHE NEGLI IMPIEGATI DELLE FERROVIE E DEI BASTIMENTI.

(Continuazione, vedi N. 4).

II.

È diminuita la percezione di uno, di più o di tutti i colori?

III.

Di quale quantità è diminuita per uno, per più o per tutti i colori?

Un individuo può riconoscere la qualità specifica di tutti i colori dello spettro, ma per farlo può avere bisogno di una impressione più valida di quello che accade per l'occhio normale, onde non distingue che tinte più sature, od oggetti colorati più grandi. E questo è il caso della discromatopsia che dicesi generale se il vizio si estende a tutto lo spettro, parziale se a qalche colore soltanto.

Questo grado di sensibilità pei diversi colori dev'essere misurato dal medico, perchè deve renderne conto, come più tardi diremo, e perchè egli deve dare risposta al secondo quesito in modo da prevenire il terzo, voglio dire che ei deve dare la misura della sensibilità cromatica per singoli colori.

Questa misura praticamente può prendersi in varie maniere, ma in teoria la cosa sta nei seguenti termini.

Siccome tanto è più forte il potere di distinguere i colori, quanto necessita minor luce per poterli distinguere, trovasi una ragione inversa fra questa e quello. Ora poichè la luce decresce secondo il quadrato delle distanze, così nel distinguere il colore di un dato oggetto si mostrerà il potere della percezione cromatica più forte quanto più l'oggetto sarà distante. Perciò direbbesi che il potere cromatico è proporzionale al quadrato delle distanze. Ed in altri termini, inversamente proporzionale al quadrato del diametro dell'oggetto colorato; in quanto che il potere me-

desimo tanto sarà più debole quanto più ha bisogno di larga superficie colorata per apprezzare il colore.

Donders ha dato l'equazione seguente:

K (kleur-visione cromatica) $= {}^1/_m \; 2 \; \frac{d^2}{D^2}$

Ammettendo che un occhio normale distingua a 5 metri dei colori saturi, chiari, di 1 millimetro quadrato, egli ha la cifra 1 pel primo membro della formula; M^2 significa in millimetri quadrati la grandezza dell'oggetto visto dall'occhio esaminato; *d* la distanza massima alla quale è visto perfettamente, D la distanza corrispondente per l'occhio normale.

Sopra questa equazione Donders stesso ha fondato due metodi di esplorazione, uno per gli oggetti opachi (luce incidente) l'altro per gli oggetti trasparenti (luce réfratta). Ma l'esperienze del Donders sono un po' delicate e difficili: ed un modo di fare del Dor ci sembra preferibile. Egli ha formato delle tavole cromatiche. Ciascuna di queste si compone di sette dischi di colore e di diametro variato, stampate su fondo nero.

I principali colori impiegati sono il *giallo,* il *rosso,* l'*arancione,* il *verde,* il *bleu,* il *violetto* e il *porpora.* Queste tavole s'impiegano secondo il modo usato per misurare l'acutezza visiva con le scale tipografiche. Anzi alla nota formula $S = \frac{D}{d}$ si può adattare la sopra citata semplificandola così:

$K = \frac{D}{d}$ giacchè di M^2 ossia della grandezza del disco colorato è tenuto conto nel formare la scala.

Ora se per es.: un malato non vede che a 4 metri l'oggetto colorato che il normale vedrebbe a 20 egli ha $K = {}^4/_{20}$, ossia un potere visivo-cromatico ${}^{16}/_{20}$ più debole del normale.

La lanterna del dott. Rerard, della quale dicemmo più innanzi, può servire al medesimo scopo, poichè i vetri colorati di essa possono ridursi a dimensioni variate mercè

diafragmi di diverso diametro. Ed egualmente possono servire le tavole dello Stilling fatte con i colori di confusione. Quando per riconoscere le lettere o le figure che sono in queste tavole, l'osservato ha bisogno di avvicinarsi più di quello che faccia un normale; in generale è presso a poco 2 metri; la sensibilità è alterata e può valutarsi e facilmente esprimersi con una cifra. Lo stesso dicasi delle tavole di Pfluger, le quali possono darci la medesima nozione per la possibilità che l'esaminato abbia di leggere le lettere e conoscere le cifre dietro un maggiore o minor numero di fogli velini.

Il daltonismo manifestasi di regola in ambedue gli occhi, e quindi, tanto è esaminare un occhio che l'altro od ambedue insieme. Si noti però che l'osservazione clinica ha ultimamente dimostrato a V. Hippel (1), che realmente può aversi il daltonismo ad un occhio, con normale senso nel colore all'occhio opposto. Dunque è necessario praticare le nostre ricerchè con riguardo a questo possibile caso.

Notisi anche il Prof. Cohn (2) aver dimostrato che tre daltonici hanno perduto il loro daltonismo mediante il riscaldarsi di un occhio. E siccome questo riscaldamento può esser fatto dalla mano del paziente mentre egli fa mostra di voler nascondere la veduta di un occhio per esporre all'esame separatamente l'altro, così per l'esaminatore che non ne fosse avvertito potrebbe esser ciò causa di errore.

Simulazione del Daltonismo.

È certo che qualche volta qualcuno potrebbe volersi fingere daltonico; e quindi noi dobbiamo porci anche il quesito, come si può scoprire uno che simula il Daltonismo?

Il metodo di Holmgren non ci suggerisce alcuna indicazione per ciò. Invece noi troviamo la risorsa necessaria

(1) *Archiv. fur Opht.*, Alb. von Graefe's, tom. 26, sez. 2, pag. 166.
(2) *Medic. Wochenschrift.*, N. 16, 1880.

nel metodo di Stilling, cioè mostrando al simulatore dei colori scelti per modo ed adattati da dover esser riconosciuti da un daltonico. Ogni individuo che è in questo stato, deve poter leggere una tavola che con questo principio Stilling stesso ha fatta disegnare. Secondo la varietà del Daltonismo le figure appariranno diversamente colorate, ma saranno perfettamente decifrabili. Chi dunque affermi di esser daltonico e di non poter leggere quella tavola è un simulatore.

Anormale attitudine pei fenomeni di contrasto.

In tutti gli esami che si sogliono fare per renderci conto dell'attitudine di un impiegato a riconoscere i segnali colorati e dei quali accennammo nelle pagine precedenti, interviene una condizione che può esser causa di errore. Gli esperimenti si fanno a *piè fermo:* e ciò dà alla retina dell'esaminando ed al suo centro sensoriale il tempo che le loro attitudini funzionali gli rendono necessario. Ma quando l'impiegato è in servizio, questo manca, ed egli, l'impiegato, è velocemente traslocato dal convoglio, od il segnale fugge rapidissimamente, o ad uno ne segue un altro con una prontezza che sta in rapporto con condizioni che non sono quelle (sconosciute) dell'occhio che deve apprezzarlo.

Sappiamo dalla fisiologia che quando la retina fu per *un certo tempo* impressionata da un colore, abbisogna di *un certo altro tempo* prima di poter rettamente sentire il colore completamente senza dar sensazione di luce bianca, o sentire un altro colore e non dare origine alla sensazione di *colore mescolato.* E questo *certo tempo* che nelle condizioni normali si misura a frazione di minuto e quindi sembrerebbe per noi trascurabile, pure alcune volte può trovar caso da essere realmente un fatto valutabile. Tyndall (se la memoria non m'inganna), facendo dei segnali rossi e verdi al principio di un *tunnell* all'estremità del quale aveva messo un abile ed abituato inserviente, potè constatare che

se presentava a costui i due colori uno dopo l'altro con una certa prontezza, l'inserviente per mezzo di un segnale telegrafico accusava di vedere un lume bianco.

Ora le cose stando così, sarà dovere degli ingegneri ferroviarj togliere le condizioni che facilitano questa fusione del verde e del rosso, ma anche i medici debbono per parte loro contribuire a ciò, col rendere sicure le Amministrazioni che incontro a quei segnali non vadano occhi per i quali sia necessario interporre fra la impressione dei due colori un tempo maggiore di quello calcolato sulla media fisiologica. E sembra sia facile mettere ciò in chiaro, per mezzo del *frullino* di Makwell che ciascuno può costruirsi da sè, incollando sul medesimo delle striscie di carta colorata (toni proporzionali). La velocità che deve acquistare l'istrumento perchè si faccia la fusione dei due colori è in ragione inversa della attitudine della retina a sentirli separatamente. E se si prendesse una velocità determinata, l'attitudine stessa starebbe in ragione inversa della larghezza che deve darsi alle striscie colorate. Per altro nella pratica non importa giungere fino a questo punto; solamente è necessario tener conto del tempo che l'esaminando impiega nei suoi esperimenti, e se esso non s'inganni quando noi lo invitiamo a guardare con una celerità che egli da sè non impiegherebbe.

Cromatopsia.

Ad un dato momento un occhio che non sia nelle condizioni del daltonismo, può trovarsi nel caso di non apprezzare convenientemente il colore dei corpi luminosi, e segnatamente *de' lumi;* vo' dire che può essere affetto da *cromatopsia.*

Ed in questo stato non trattasi del difetto di percezione di un colore esistente, ma sivvero del giudicare esistente un colore quale veramente non è. E ciò può avvenire per condizioni variate. Talora la luce bianca nell'attraversare l'ap-

parecchio refrangente si scinde nei colori che la formano e giunge sulla retina in forma dello spettro del prisma. Nelle ottalmie catarrali, ed in tutte quelle che alterano l'epitelio della cornea il fatto è banale. Vedesi egualmente nelle affezioni glaucomatose; e del pari in queste, se non totalmente nella parte massima, il fenomeno è attribuibile alla lesione cheratica. Osservasi assai frequentemente nei forti vizi di refrazione statica e dinamica ed in alcune parziali adiafanie del cristallino o della cornea, quando cioè la luce che attraversò l'apparecchio refrangente; che non è acromatico; non può giungere sulla retina per modo da ricombinarsi e ricostituire la luce bianca. Ed è questa una condizione di cose che facilmente vien dichiarata dall'esperimento seguente. Se nel mentre che guardiamo una sorgente luminosa qualunque, per mezzo di un diaframma escludiamo una metà della nostra apertura pupillare, vedremo il lume assumere la colorazione dell'iride.

Tutti conoscono la visione colorata degli itterici e quella che segue all'azione di molte sostanze tossiche, fra le quali per un esempio è da citarsi la santonina. Nè meno conosciuti sono i fatti di cromatopsie che si verificano negli stati iperemici ed apoplettici del fondo oculare.

In tutte queste condizioni, la maggior parte delle quali può accadere lì per lì, e da un momento all'altro può originarsi un errore dei segnali. Ma per vero tali cose conviene guardarle sotto un vario punto di vista. Dei vizi di refrazione ne parleremo più tardi. Dei catarri della congiuntiva e delle lesioni della cornea, accennerò solo che costituiscono ragione sufficiente per allontanare, fino a guarigione, l'impiegato dal servizio. Delle cromatopsie tossiche non dico che questo: Si sospendano quegli impiegati nei quali può il medico avere ragione di impiegare certe sostanze come agente terapeutico, e si *sorveglino quelli che prendono il chinino.*

Avendo inteso di parlare soltanto di ciò che pel diagno-

stico del daltonismo avvi di più facile ed alla portata di tutti, io mi trattengo dallo entrare in più profondi particolari sul medesimo. Bensì mi propongo, dopo avere detta qualche altra parola sulle condizioni della funzione visiva, di aprire un capitolo apposito per parlare di quanta sia l'*importanza reale del daltonismo nelle ferrovie,* e quindi qual modo d'ispezione sia conveniente che venga attuato dalle Amministrazioni delle medesime. *(Continua).*

RIVISTE

1. **Anopsia congenita.** *(The Lancet).*

Il dottore A. D. Davison presentò all'Ophthalmological Society (9 Dicembre) un caso di assenza congenita di un occhio. Un piccolo bottone rotondo ricoperto dalla congiuntiva era in fondo all'orbita, la quale aveva la sua profondità normale.

Al momento della nascita era uscito fuori un certo scolo, ma secondo le dichiarazioni di Davison non si poteva credere che l'occhio avesse sofferto una inflammazione.

2. **La Peritomia in Inghilterra.** *(The Lancet).*

Rilevasi da un rapporto sulla seduta della Società Ottalmologica del Regno Unito (11 Dicembre 1880) che il signor Critchett lesse una memoria nella quale sosteneva l'opportunità della peritomia praticata come iniziamento della cura delle opacità vascolari della cornea. Adams James si dichiarò soddisfatto dei resultati che gli procurò questa operazione. Higgens, che praticò l'operazione molte volte senza resultato, confessa che forse non osservò i malati assai lungamente dopo la cura, e che ricomincerà le sue osservazioni.

In definitivo, gli oculisti inglesi sono favorevoli all'operazione, e con la loro autorevolezza aggiungono ragione a che la peritomia venga praticata fra noi un po' più frequentemente.

3. **Sulla cura della oftalmia simpatica.** G. Lawson. *The ophthalmic Reports.* Agosto 1880.

Il modo medesimo di cura non corrisponde in tutti i casi.

Finchè la malattia è in un primo stadio, ciò che corrisponde meglio è l'esclusione della luce, l'unzione mercuriale, il chinino con poca dose di belladonna. Anche la instillazione dell'atropina può giovare se cominciano

le sinechie. Ma i midriatici irritano se le fibre dell'iride vengono stirate dalle adesioni, e facilitano l'aumento della tensione.

Quando la malattia entra nel secondo stadio, caratterizzato dalle sinechie, ossia dalla unione dell'iride alla cristalloide, e quando l'occhio è quieto per la cessazione dei fenomeni acuti, si può discutere sulla indicazione di un atto operativo. L'Autore crede che se la visione ò tale da permettere all'infermo di passeggiare, l'operazione non debba farsi. Le operazioni sopra gli occhi infiammati simpaticamente sogliono essere così sfavorevoli che è meglio lasciare al malato godere quella poca vista che ha, di quello che renderlo cieco, per megliorarlo. Se poi la vista è così poca da essere insufficiente una operazione, può tentarsi, ed è bene togliere la lente cristallina.

Nel terzo periodo, cioè quando nell'occhio vi è tensione esagerata, allora conviene la sclerotomia.

4. **Sintomi oculari nell'atassia locomotrice,** *pel Dottore* HUGHLINGS'JACKSON.

L'Autore, prima di tutto, allude al gran numero di svariati sintomi in questa malattia, che preferirebbe chiamare *tabe dorsale*. Riporta il fatto che alcuni di questi sintomi trovansi talvolta anche in altre malattie. E poi imprende a studiare i sintomi, che hanno luogo al seguito o in compagnia di questa. In questo foglio tre sintomi tabetici non oculari, ben marcati sono presi e considerati in rapporto con certi sintomi oculari. Venticinque casi in diversi stadi fornirono il materiale per questo lavoro.

a) *Sintomi non oculari.* — 1) *Dolori folgoranti.* Ci è una successione di dolori, improvvisi, piccoli e acuti. Come Pierret e Buzzard hanno affermato, questi dolori possono essere al capo, ma per lo più prendono le gambe, il busto e le braccia. Charcot ed altri hanno osservato eruzioni nelle parti prese dal dolore. Buzzard ha pubblicato il caso di un paziente, che ad ogni accesso di dolore ha una piccola eruzione di erpete; questo paziente ha un'atrofia ottica doppia e il sintomo di Westphal (assenza del così detto riflesso patellare del tendine) come pure il dolore; egli cammina bene. Un tratto interessante in questo caso è che il paziente ebbe per diversi anni una eruzione di erpete avanti il dolore e poi sempre tutti e due insieme. È importante di notare che alcuni pazienti negano il dolore, quantunque lo abbiano. Molti pazienti non vedono rapporto fra i dolori e la loro amaurosi o atassia, specialmente se i dolori vennero qualche anno avanti. Questo paziente negava di avere dolori, ma per caso si scoperse che aveva avuto la sciatica; in realtà aveva avuto veri dolori folgoranti. Egli aveva l'atrofia ottica e il sintomo di Westphal. Molti di quelli che negano i dolori ammetteranno che da un pezzo sono stati soggetti ai reumatismi o alla nevralgia o alla gotta e descri-

veranno queste cose in modo da far certo che essi abbiano dolori folgoranti. Spesso è difficile che un paziente ponga attenzione ai dolori avuti. Un paziente, in età di 44 anni ebbe recentemente un dolore acuto continuo nei piedi. Egli ammetteva questo come un sintomo della sua malattia, ma ignorava i dolori folgoranti, che aveva avuti interrottamente per venti anni; quei dolori secondo lui erano soltanto gotta. Egli aveva avuto per nove anni incontinenza di orina, difficoltà di camminare, secondo lui, per sei mesi, secondo sua moglie per maggiore spazio di tempo; aveva andatura leggermente atassica. Ci era il sintomo di Westphal. Il sintomo oculare era questo, che le sue pupille erano piccole e non si contraevano alla luce. Insistiamo che un paziente può avere avuto per molti anni i dolori senza i sintomi caratteristici della *tabe dorsale*. Recentemente ho veduto un paziente, circa di 60 anni di età, che ebbe per venti anni dolori che l'A. concluse dovere essere stati folgoranti. La sua andatura era normale. Il paziente aveva inoltre da qualche anno attacchi di svenimento con depressione intensa per alcune ore. Non potrebbesi assicurare che queste fossero leggiere crisi gastriche; forse dipendevano da disturbo causato dalla grande quantità di oppio da lui preso per sollevare il dolore. L'uso che egli faceva del narcotico dimostra l'intensità del dolore; egli aveva cominciato a ricorrervi molti anni fa. Sentendo il suo racconto l'A. cercò il sintomo di Westphal e lo trovò. Egli aveva pure un sintomo oculare. Le pupille non si contraevano affatto alla luce, ed a stento durante l'accomodazione. Non è dubbio che questo non fosse un caso di sclerosi posteriore. Charcot e Bouchard riportano un caso, in cui il dolore era stato unico sintomo; la necropsia mostrò un principio di sclerosi dei cordoni posteriori. — 2) Ognuno sa che il battere sotto il ginocchio nella gente sana fa saltar su la gamba. Come indicano Westphal ed Erb, ciò non accade nella maggior parte dei casi di *tabe*. Questa asserzione è fuor di dubbio corretta. Il saltar su che fa le gamba quando è toccata si chiama per lo più *riflesso dei tendoni patellari,* ma poichè questo nome comprende una teoria molto contrastata, l'A. chiama la mancanza di questo cosiddetto riflesso « assenza del fenomeno del ginocchio, » ossia *sintomo di Westphal*. Non è facile lo assicurarsi dell'assenza del fenomeno del ginocchio. Non solo dovremmo scoprire i ginocchi, ma anche le gambe, togliere i calzoni e le mutande strette; poi dovremmo far sedere il paziente sulla sponda di un tavolo con le gambe pendenti e battere accuratamente con la mano e con un martello. Pare certissimo che il fenomeno del ginocchio si dice assente quando non lo è. Si ammette la presenza del fenomeno di Westphal in casi, che evidentemente non sono di *tabe*. Così nell'atrofia del quadricipite il fenomeno del ginocchio per ovvie ragioni non può aver luogo. Buzzard ha pubblicato un caso di paralisi difterica, in cui ci era il sintomo di Westphal. Allorchè il paziente fu guarito dalla paralisi, il

fenomeno del ginocchio ritornò. L'A. ne ha constatata l'assenza in un caso di paralisi difterica, ma non ha saputo quali progressi facesse poi il paziente.

L'A. crede che il cosiddetto disturbo di coordinazione sia una doppia condizione: paresi di alcuni movimenti e soverchio eccitamento di altri. Egli illustrò già nel 1873 la sua teoria coi duplici effetti della paralisi nei muscoli oculari. Una spiegazione consimile fu poi data da Pierret.

b) *Tre sintomi oculari*. — Interessa molto conoscere quanto spesso i sintomi oculari sieno i primi sintomi di questa malattia. Poichè il sintomo di Argyll Robertson non dà noia ai pazienti, è difficile il dire se questo sia o no il primo. L'A. non fu mai consultato per quel sintomo quantunque, come dice brevemente, fosse una volta interrogato intorno a qualche cosa che molto gli somigliava. Lasciando pel momento fuor di questione il sintomo di Argyll Robertson e il sintomo di Westphal, poichè non possiamo saperne niente dai racconti dei pazienti, trovò in diciannove casi che i primi sintomi erano questi; sopra dieci casi i dolori, in sei visione doppia, in uno andatura anormale, in uno atrofia ottica, in uno sintomi mentali; probabilmente l'ultimo fu un caso di *paresi* generale. I dolori sono spesso trascurati nel fare attenzione ai primi sintomi; come è manifesto, ciò è dannoso perchè fa credere che la malattia sia cominciata mesi o anni più tardi di quello che è effettivamente. — 1) *Paralisi delle parti provviste di tronchi dai nervi oculomotori*. Diversi casi sono citati a questo capitolo. Un uomo, in età di 63 anni, dodici mesi avanti aveva avuto la paralisi delle parti provviste dal terzo pajo sinistro. Non potè L'A. trovare sintomi di *tabes*, fatta una eccezione importantissima, il sintomo di Westphal. Non molto fa avrebbe dovuto dire che egli non aveva sintomi di *tabes*. Poteva soltanto indovinare la *tabes*. Bisogna dire espressamente che le pupille di questo paziente agivano benissimo alla luce e durante l'accomodazione; egli non aveva dolori di sorta in alcun luogo. Si lamentava soltanto di pesantezza alla testa. — 2) *Alterazioni delle pupille*. La condizione comune descritta è la cosiddetta pupilla di Argyll Robertson: la pupilla non agisce alla luce e agisce durante l'accomodazione. Questo hanno osservato nella *tabes* Hempes, Vincent, Erb, Hutchinson ed altri: è una condizione doppia, negativa e positiva, e rassomiglia al cosiddetto disturbo di coordinazione dei movimenti locomotori. Erb chiama la condizione d'inattività della pupilla col nome di *immobilità reflessa pupillare* e azzarda un'ipotesi quanto alla sua comunanza di carattere fondamentale col sintomo di Vestphal. Quella ipotesi però era stata fatta da Buzzard; egli accenna che tanto nel sintomo di Westphal che in quello di Argyll Robertson vi è perdita di movimento reflesso, quando si ritiene il movimento più volontario. La ipotesi di Buzzard sembra armonizzare con la spiegazione suggerita quanto alla particolarità dell'andatura. Bisogna ricordare che non abbiamo soltanto una questione di luce e di pu-

pilla. È noto che rapide irritazioni cutanee producono l'ingrandimento delle pupille; un pizzicotto dato ad un uomo comatoso spesso produce l'ingrandimento delle sue pupille. Erb ci dice che le pupille inerti alla luce in caso di *tabes* non sono affette da tali sensazioni; dice pure che non sono affette durante i dolori folgoranti. Spesso la pupilla tabetica, quando è inattiva alla luce è pure miotica. In tutti i casi abbiamo da considerare così la grandezza come l'immobilità della pupilla; dobbiamo a questo proposito ricordare che la pupilla miotica senile si contrae alla luce. Quantunque molto impressionato dalla surriferita generalizzazione di Buzzard, l'A. non adotta alcuna teoria sulla duplice condizione della pupilla. Può vedersi un diagramma stampato da Erb (*Archivi di Medicina di Seguin*, ottobre 1880), che ci riferisce l'opinione di lui quanto alle condizioni centrali corrispondenti alla doppia condizione pupillare. Il caso seguente, secondo la esperienza dell'A. è molto raro. Una donna in età di ventisei anni, gli fu mandata soltanto perchè aveva la pupilla destra più grande della sinistra. Era così da tre anni. La pupilla destra era dilatata e assolutamente immobile alla luce e anche durante l'accomodazione. Però la sua accomodazione ciliare da questa parte era perfetta. Essa sapeva leggere il N. 1. Jäger da 14 pollici a 5 o con uno sforzo a 4. Il campo visivo era perfetto. Il fondo dell'occhio era normale, eccetto che le vene erano grandi e convolute al disco ottico, probabilmente fisiologiche; i mezzi erano chiari. La sua vista da quest'occhio era perfetta. La pupilla dell'occhio sinistro era attiva e di volume normale; il disco ottico sinistro un poco più pallido del destro; le vene come nel destro; la macula normale; vi era una leggiera limitazione della parte nasale del campo visivo. Essa poteva leggere Jäger N. 2 con l'occhio sinistro; ma la sillaba centrale di una parola lunga le appariva cancellata. Questo caso era imbarazzante. Essa sembrava godere perfetta salute, salvo le anormalità oculari, che sono riferite. All'A. venne in mente di esaminarle i ginocchi. Nè egli, nè il dott. Couper trovarono la più piccola traccia del fenomeno del ginocchio. Diverse volte fu riesaminato questo e interrogata l'inferma intorno ad altri sintomi di *tabes;* non vi erano altri sintomi di questo genere. Eccetto le due cose già ricordate, essa appariva in perfetta salute. Non si dice che il sintomo di Argyll Roberston sia particolare alla *tabes*. Si può trovare nella paresi generale degli alienati, almeno una immobilità pupillare reflessa, se vi è miosi e il volume delle pupille è spessissimo ineguale. Erb ha trovato la condizione pupillare nei pazienti, che non avevano altri sintomi nervosi, come nelle affezioni nervose, che non si potrebbero classificare, nè come *tabes,* nè come paresi generale. Ripetesi che non si dice che l'azione alla luce non possa esistere in casi ben marcati di tabe. Un uomo di 65 anni aveva, come già fu detto da Pagenstecher, la paralisi del retto esterno destro nel 1874; vi fu un ritorno di visione doppia per qualche cagione

nel 1876. Egli era soggetto ai dolori alle gambe; la sua andatura era atassica; vi era il sintomo di Westphal. Egli era obbligato a portare una siringa per orinare. Le pupille di questo paziente reagivano alla luce. Ciò fu pure osservato da M. Purves, al quale il paziente fu mandato per sordità. La seguente asserzione si riferisce ad alcuni casi presi dal punto di vista della pupilla. In tredici casi non vi era atrofia ottica. In dieci di questi le pupille non agivano alla luce (in un caso la pupilla, fuorchè da una parte, era inattiva e lo era in ogni modo). In nove dei dieci casi di pupille inattive vi era il sintomo di Westphal. Veniamo ora alla paralisi dei nervi oculo-motori nei medesimi tredici casi. In un caso con le pupille normali e il sintomo di Westphal vi era stata paralisi del terzo pajo. In un caso di pupille inattive col sintomo di Westphal vi era stata visione doppia. In un altro caso con le pupille inattive e il sintomo di Westphal vi era paralisi del sesto pajo.

3) *Atrofia ottica*. La tabe dorsale è una malattia, che come la paralisi generale, raramente si verifica nelle donne. « Quando l'A. era assistente clinico a Moorfields, vent'anni fa, fu colpito del fatto che molti degli uomini che avevano l'*atrofia bianca* dei dischi ottici avevano pure i dolori alle gambe; questi erano dolori folgoranti. Più tardi, facendo una distinzione relativamente al genere di atrofia, concluse che i dolori erano un anello sintomatico fra l'amaurosi non complicata e l'atassia locomotrice. » Questa relazione era già stata osservata. Nel *Medical Times and Gazette* del Settembre 1866, fu scritto: « Noi abbiamo l'amaurosi senza i dolori alle gambe; 2) l'amaurosi coi dolori alle gambe soltanto; 3) l'amaurosi con dolori alle gambe e difficoltà nel coordinare le gambe; 4) dolori alle gambe e difficoltà nel coordinare le gambe senza amaurosi; 5) amaurosi senza dolori alle gambe e con difficoltà di coordinazione. Facilmente si troverebbero cinque pazienti che mostrassero le suddette qualità di sintomi. Il termine amaurosi significava dunque atrofia che non seguiva la neurite. L'A. ricorda quello che osservò non con l'intenzione di avere la precedenza, poichè non l'ha, ma perchè quello che disse allora, forse quattordici anni fa, fu contraddetto e fu citato contro di lui l'autorità di Duchenne, che l'amaurosi nell'atassia locomotrice presenti addirittura i tratti ordinari dell'atrofia del nervo ottico. » L'atrofia è ora specialmente descritta come una degenerazione grigia ed è supposta parenchimatosa da Charcot e da altri. La particolare limitazione del campo visivo in casi di atrofia nella *tabes* è significante quando noi consideriamo che la malattia sviluppata è in gran parte del sistema locomotore. La limitazione mostrerebbe di corrispondere rozzamente a certe deviazioni oculari per malattia cerebellare nel modo stesso che la emiopia corrisponde alla deviazione laterale degli occhi per malattia cerebrale. In tutti i casi di atrofia ottica, dovremmo domandare se vi sono i dolori e sperimentare

i ginocchi per sapere se l'andatura sia o no anormale. I dolori sono spesso sintomi di mezzo fra la cosiddetta amaurosi non complicata e la tabe. Charcot dice che fino dal 1868 egli indicò che la maggior parte delle donne ammesse alla Salpetrière per amaurosi hanno tosto o tardi manifestazioni di *tabes*. Egli ricorda un caso, in cui l'amaurosi precedette di dieci anni il dolore. Jowers ha veduto un caso di *tabes* in cui l'atrofia ottica precedette altri sintomi atassici venti anni fa. Nei 25 casi ricordati ve ne erano 12 di atrofia ottica. In due vi era pure paralisi oculare e in uno una storia di questa; in nove vi era il sintomo di Westphal. In uno dei tre senza questo sintomo non vi erano stati dolori; ora vi è paresi del terzo nervo sinistro; questo paziente aveva dolori; la sua camminatura era normale. Il terzo caso era di atrofia di un disco, con limitazione del campo all' esterno e all' ingiù; questo paziente vedeva grigio il verde e rossastro scuro il rosso; non aveva dolori; la camminatura era buona. (*The Lancet*, 18 Dic. 1880).

BIBLIOGRAFIA

(1) LUDWIG MAUTHNER. *Gehirn und Ange.* Wiesbaden, 1881. — (2) ALT ADOLF. *Compendium der normalen und patologischen histologie des auges.* Wiesbaden, 1880. *Lectures on the Human Eye in its Normal and Pathological Condictions.* New-York, 1880. — (3) LAWSON G. *Diseases and Injuries of the Eye, their Medical and Surgical Treatment.* London. — (4) PERINAUD. *Ago-pinzetta per praticare in un sol tempo la descisione e l'estrazione di un lembo di capsula nella cateratta secondaria.* Société

(4) È un ago da descisione un poco più grosso di quello ordinario, il quale a due millimetri dalla punta si trasforma in pinzetta per un meccanismo analogo a quello della serretella, in modo che dopo avere descisa la capsula può nel tempo stesso estrarne qualche fragmento. — (5) L'Autore osservò una vasta ulcera della sclerotica, che si mostrò ribelle a molti mezzi di cura, che fu per consiglio del prof. Magni trattata con l'iniezione ipodermica di calomelanos alla regione sovrascapolare, e che dopo più settimane entrò in rapido processo di cicatrizzazione, mentre nella regione poplitea (del medesimo lato) si sviluppava un abscesso. La malata guarì. L'Autore richiama l'attenzione sulla singolarità, ubicazione, vastità ed andamento dell'ulcera, sull'insolito spessore che aveva acquistato la congiuntiva (spessore del derma della fronte), non che pel modo di guarigione iniziato al comparire dell'abscesso alla gamba, ch'ei non sa se chiamare critico o metastatico. — (6) Questo consigliato dall'Autore è uno dei modi pratici coi quali si può giungere alla pronta attuazione di qualche cosa di buono. Il *Bullettino* ne terrà conto.

de Chirurgie, seduta del 13 ottobre. — (5) PARDO E. *Vasta ulcera scrofolosa della sclerotica.* Rivista Clinica di Bologna, Novembre 1880, p. 338. — (6) D.r GEORGES MARTIN. *De la nécessité de former une Commission mixte d'ingénieurs et de médecins-spécialistes, chargée d'élaborer un réglement pour éliminer les Daltoniens et les vues défectueuses du personnel des chemins de fer.* Lettre adressée à Monsieur le Ministre des travaux publics. Paris, Novembre 1880. — (7) OTMAR PURTSCHER. *Ueber Kreuzung und Atrophie der Nervi und Tractus optici. Pathol. anat. Untersuchungen.* Graef's Archiv. Bd. XXVI. — (8) OTMAR PURTSCHER. *Untersuchungen über Lidkrebs.* Archiv. für Augenheilkunde, X. — (9) ROOD O. N. *Théorie scientifique des couleurs.* Revue scientifique, N. 25, 18 décembre, 1880. — (10) N. GARCIA CALDERON. *Miopia. Rev. especial de oftalmologia. Sifilografia. Dermatologia y afecciones urinarias.* An. IV, 15 Nov., Madrid.

---

(1) ALBRECHT VON GRAEFE'S. *Archiv.* Vol. 26, p. 2, contiene: *a*) Stadio prodromico del glaucoma (*Laqueur*). — *b*) Anatomia e fisiologia del canale di Petit e dei tessuti circostanti (*Ulrich*). — *c*) Aggiunta alla memoria di Ulrich (*Deutschmann*). — *d*) Esame anatomico di un occhio affetto da retinite proliferante (*Manz*). — *e*) Sulla sclerotomia nel glaucoma (*Landesberg*). — *f*) Sull'inoculazione della tubercolosi oculare (*Deutschmann*). — *g*) Sulle fibre del nervo ottico (*Krause*). — *h*) Il posto senza vasi della retina umana e suo apprezzamento nel determinare la estensione della macchia lutea (*Johanides*). — *i*) Osservazioni sopra il sistema sanguigno della retina nella regione della macchia lutea (*Leber*). — *k*) Sul canale di Schlemm (*Königsvein*). — *l*) Nota istorica sul circolo nel plesso venoso ciliare (*Leber*). — *m*) Un caso di cecità congenita pel rosso-verde, unilaterale, con senso cromatico normale nell'altro occhio (*Hippel*). — *n*) Sulla quistione dell'incrociamento delle fibre nervose nel chiasma dell'uomo (*Adamük*). — *o*) Sull'incrociamento e l'atrofia del nervo e del tractus ottico (*Putscher*). — *p*) Sul coloboma della coroide in riguardo alla sua relazione con la miopia (*Schmidt-Rimpler*). — *q*) Miscellanee del prof. Leber: 1. Osservazioni sulla paralisi dell'accomodazione ed altri disturbi dei nervi oculari per attossicamento; 2. Ambliopia reflessa originata per irritazione del nervo sopraorbitale rapidamente vinta con le iniezioni di morfina; 3. Passeggera cecità dopo lungo e continuo crampo delle palpebre per cheratite flittenulare dei piccoli bambini. — *r*) Ulteriore notizia sopra i vasi della macchia lutea (*Leber*).

(2) *Recueil d'ophtalmologie*, Décembre 1880, contiene: a) *Keersmoerker.* Examen de la vision chez les employés de chemins de fer en France et en Belgique. — b) *Redard.* Recherches expérimentales sur les suites éloignées de la section des nerfs ciliares et du nerf optique. — c) *Despagnet.*

De l'atrophie du nerf optique dans l'éresipèle. — d) *Galezowski*. Sur les cataractes lenticulaires. — e) *Parent*. Etude sur la néomembrane de la rétine (avec 6 figures).

(s) *Archives d'ophtalmologie*, Novembre-Dicembre 1880, contengono: a) *Panas*. De la paralysye du nerf moteur oculaire consecutive au traumatisme du crâne. — b) *Landolt*. Nouveau procedé de blefaroplastie. — c) *Landolt*. Un télemètre. — d) *Poncet*. Du pterygion. — e) *Manfredi* et *Cafler*. Contribution à l'étude clinique et anatomique de la tuberculose oculaire. — f) *Charpentier*. Le sens de la lumière et le sens des couleurs. — g) *Badal*. Etudes d'optique physiologique. — h) *Dianoux*. Traitement du décollement de la rétine par les injections sous-cutanées de nitrate

---

(s) È un periodico che vide la luce per la prima volta in Parigi il 1° Novembre 1880. È diretto dai signori Panas, Landolt e Poncet. Un lavoro come questo può essere di una grande risorsa per i progressi dell'ottalmologia. Editore Delahaye. Abbuonamento per l'Italia, lire 23. — b) È destinato specialmente ai casi di perdita totale o parziale della palpebra superiore. Si consideri la palpebra come formata di due foglietti; uno esterno che comprende la pelle, il muscolo orbicolare ed i cigli, e l'altro interno che comprende il congiuntivo sottomuscolare con il plesso venoso di Fuchs, la cartilagine tarso e la congiuntiva. Ora, separando i due foglietti con una sezione nel piano frontale si ottengono due superficii cruente considerevoli, fra le quali si può fissare un lembo egualmente cruento delle palpebre opposte. Si ottengono facili e solide adesioni. Naturalmente, dopo qualche tempo, la palpebra superiore è allungata; allora si pratica artificialmente un'apertura palpebrale; all'Autore questo processo è riuscito sempre. — d) La teoria della ulcerazione superficiale al limite corneale è insufficiente per spiegare il cammino progressivo della testa del pterigion verso il centro della cornea. Non sempre si trova quest'ulcerazione all'unione della cornea con la muccosa, mentre al contrario ivi l'epitelio è rigonfiato e forma un rivestimento solido che da una parte si continua sulla piega muccosa e dall'altro passa sotto il pterigion e si unisce alla membrana di Bowmann. All'estremità di quest'ultima membrana il microscopio dimostra un focolaio di vibrioni fra la cornea e la congiuntiva, che dissociano i fasci fibrosi di queste due membrane, con una specie di lavorio sottomuccoso. Questa è la causa principale del silenzioso progredire della testa del pterigion. — f) L'Autore ammette che la luce agisca sull'apparecchio retinico, da una parte suscitando prima una impressione luminosa che è comune a tutti i raggi luminosi, e d'altra parte, in un grado più elevato e per una eccitazione più intensa, facendo nascere da ciascuna irradiazione luminosa una impressione speciale più complessa che ci dà la nozione del tono e della gradazione dei colori (qualità corrispondente al tono ed al timbro dei suoni). — h) L'Autore riporta sette storie e dice avere avuti sette risultati sopra otto casi, mediante le metodiche iniezioni di pilocarpina. Iniezioni di 6 goccie di una soluzione di 20 centigrammi pilocarpina in 4 grammi d'acqua, praticate per 10 o 15 giorni di seguito.

de pilocarpine. — i) *Desfosses*. Kystes sudoripores du bord libre des paupières.

(4) *The Royal London Ophthalmic Ospital Reports*, contiene : a) *G. Lawson*, F. R. C. S., On some Points in the Treatment of Sympathetic Ophthalmia. — b) *W. A. Brailey*, M. D., A Theory of Glaucoma. — c) *Priestley Smith*, M. R. C. S., A further Investigation of the Pathology of Glaucoma (Illustrated). — d) *George Berry*, M. B., On Central Amblyopia. — e) *John Couper*, M. D., F. R. C. S., On a New Ophthalmoscope (Illustrated). — f) *Litton Forbes*, M. A., M. D. Pennsylvania, On Keratoscopy. — g) *Stanford Morton*, M. B., On Pulsation in Embolism of the Central Artery of the Retina. — h) *G. Lawson*, F. R. C. S., On a Simple Method of Investigating Acuteness of Vision in Young Children. — i) *Marcus Gunn*, M. A., M. B., House Surgeon's Notes on the Treatment of Inpatients. — k) *W. A. Brailey*, M. D., and *W. Edmunds*, M. D., On the Condition of the Optic Nerve, Ciliary Body, and Iris, in Increased Tension. — l) *W. A. Brailey*, M. D., Curator's Report. Morbid Anatomy of Glaucoma (Illustrated). — m) Appendix to Curator's Report: Frozen Sections of Eyeballs (Illustrated). — n) *Walter Edmunds*, M. D., and *W. A. Brailey*, M. D., On some Changes which occur in the Blood-vessels in Diseases of the Eye considered in their relation to General Pathology (Illustrated).

NOTIZIE

A Parigi il 15 dicembre fu aperta la Clinica nazionale ottalmologica. Il servizio è disimpegnato da medico intérno e da otto allievi esterni. Medico in capo è il sig. Fienzal: ogni giorno consultazioni; lunedì e mercoledì operazioni; martedì, giovedì e sabato esercizii ottalmoscopici e dioptrometrici.

Libri ricevuti in dono.

Die Prüfung des farbensinnes, beim Eisenbahn-und Marinepersonal — Von Dr. J. STILLING.

Erste Lieferung — Tafeln zur Bestimmung der Roth-Grünblindheit. Cassel 1878.

Zweite Lieferung — Tafeln zur Bestimmung der herabgesetzten Farbenempfindlickkeit für Roth-Grün, Sowie zur Entdeckung der Simulation der Farbenblindheit. Cassel 1879.

Dal signor MARÉCHAL (di Brest) abbiamo ricevuto uno scritto riferentesi alla diagnosi del daltonismo, e di questo ne parleremo in un prossimo numero.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile*.

Firenze, 1880 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

ESAME DELLE FACOLTÀ VISIVE E CROMATICHE NEGLI IMPIEGATI DELLE FERROVIE E DEI BASTIMENTI.

(Continuazione, vedi N. 5).

Le cose già dette fin ora, possono in qualche modo servire a dare idea del modo di scuoprire le alterazioni che può subire la facoltà cromatica, e del modo di riconoscerle. Ma è naturale che anche prima di ricercare l'esistenza della facoltà, che negli impiegati deve servire a distinguere la colorazione specifica dei segnali, conviene ricercare se essi sieno in caso di distinguere l'esistenza dei segnali stessi, ossia di giudicarli presenti come corpo luminoso generico.

Infatti la migliore facoltà cromatica non servirebbe a nulla, per un individuo che non avesse potenza visiva sufficiente per distinguere un lume alla voluta distanza, a quella cioè, dalla quale vengono fatti i segnalamenti che regolano le manovre.

La possibilità, che ha un occhio di distinguere un oggetto lontano, è regolata, com'è notorio, da queste due circostanze: 1° Dall'avere, l'oggetto, tale grandezza che formi un angolo visuale proporzionato alla sensibilità retinica; 2° D'inviare i raggi luminosi con direzione adattata alle forze refrangenti dell'occhio. Così alla distanza alla quale io distinguo un uomo, altri distinguerà appena una torre; mentre ambedue potremo trovare un dato oggetto luminoso ed una data distanza alla quale vedremo egualmente. Infatti; un miope con acutezza normale vedrà precisamente come me, se si tratti di guardare un oggetto dentro i limiti del suo oroptro, ma non lo potrà più fare se l'oggetto venga portato al di là. E similmente un individuo che sia emettrope, ma abbia una diminuzione nella sensibilità della retina, potrà vedere il medesimo oggetto che vedo io, purchè gli venga ravvicinato tanto da dargli un angolo visuale proporzionato alla sua sensibilità.

Ne viene per conseguenza, che non si possa in ognuno

degli impiegati dei quali parliamo, trascurare questa doppia misura dell'acutezza visiva e della refrazione. S'intende, senza bisogno di dirlo, che in molti casi questo esame può venire compiuto in modo molto sommario, perchè se invitiamo il soggetto a guardare un corpo luminoso lontano (un uomo che passa, la banderuola di un campanile, ecc. ecc.) avremo la prova della bontà dei due elementi della funzione visiva quante volte egli mostri di distinguerli perfettamente: ed a tutto rigore sarebbe inutile passare a più delicati esperimenti. Ma, siccome mi propongo di dimostrarlo più avanti, ciò non basta perchè le Amministrazioni ferroviarie hanno il bisogno di sapere e notare nei loro registri la quantità esatta di questi due elementi.

I modi per misurare l'acutezza visiva sono molteplici, ma tutti riposano su questi fatti. Escludere l'influenza della refrazione, e poi trovare il corpo luminoso più piccolo, visibile ad una data distanza. Per ottenere il primo intento il medico può mettere innanzi all'occhio dell'esaminando un diaframma a piccolissima apertura, che può procurarsi lì per lì, forando con uno spillo una carta da visita od una carta da giuoco. Per ottenere il secondo, sarebbe bene che il medico avesse le così dette scale tipografiche; pure per facilitare la cosa a tutti ed in considerazione dello scopo speciale che contempliàmo ora, di fare cioè una osservazione sommaria, può far provare la lettura del carattere delle nostre *riviste* alla distanza di un metro. E se in ciò l'esaminando riesce, può essere messo fra quelli che godono acutezza normale, cioè: 1, ovvero $^{20}/_{20}$. E se non riesce, e per leggere debba avvicinarsi, per ogni 10 centimetri di avvicinamento può calcolarsi che gli manchi (presso a poco) $^{1}/_{20}$ di acutezza. Ma quando debbansi ottenere delle cifre esatte conviene, allora, avere scale ed ottometri precisi e più ancora necessita aver pratica nell'adoprarli, onde sarebbe o sarà necessario di ricorrere all'oculista: il che mi esonera dal parlare di questi casi.

Per riconoscere lo stato della refrazione e darne l'esatta misura non è difficile, ma necessitano i mezzi di misurare, cioè le lenti o gli apparecchi lenticolari, e conviene saper distinguere la refrazione statica dalla dinamica, e saper verificarne le condizioni nei diversi meridiani dell'apparecchio refrangente. Anche ciò reclama forse l'intervento dell'oculista, e tanto più che non si può pretendere che ogni medico possegga una cassetta di lenti od un ottometro. Ma pure, poichè vi sono mille circostanze nelle quali, come dissi sopra e come ne discorrerò in appresso, ci basta un esame approssimativo, così sembrami che un medico potrebbe regolarsi nella seguente maniera: Riprendasi il nostro carattere delle *riviste* e s' inviti l'esaminando a leggerlo ad occhio nudo alla più lontana e più breve distanza possibile.

Se la più lontana distanza è ora minore di quella trovata munendo l' occhio del diafragma a foro di spillo, l' individuo è, come dicesi comunemente, miope e la quantità della sua miopia sarà presso a poco quella rappresentata dalla differenza delle due distanze calcolata e ridotta a dioptrie, in centimetri. Perchè il libro avvicinandosi 1[2 metro i raggi luminosi avranno presa una divergenza quale le produrrebbe l' uso di una lente concava a distanza focale negativa di 2 dioptrie; divergenza necessaria per correggere l' eccessiva refrazione oculare, la quale dunque era di 2 dioptrie. Se il libro fu avvicinato fino a 25 centim. dall' occhio, si avrà una miopia di 4 dioptrie; se a 20 centimetri 5. Lo che equivale a dire che il calcolo consiste nel dividere la distanza alla quale si legge col foro stenopeico per quella alla quale si può leggere senza, e del quoziente farne il numeratore della dioptria.

Nel caso della ipermetropia il calcolo si può fare (ripeto una terza volta: approssimativo) misurando il punto prossimo e mettendo in conto della deficienza di refrazione statica, la deficienza della refrazione dinamica considerata in rapporto all' età. E così se un individuo che deve leggere

per la sua età a 25 centimetri nol potesse fare che a 50 centimetri, si direbbe avere egli difetto di refrazione statica per 2 dioptrie.

Faccio seguire per comodità la tavola indicativa la presbiopia:

42	anni	0, 25	dioptrie	65	anni	2, 25	dioptrie
45	»	0, 05	»	67	»	2, 75	»
47	»	0, 75	»	70	»	3, —	»
50	»	1, —	»	75	»	3, 05	»
52	»	1, 25	»	80	»	4, —	»
55	»	1, 50	»	85	»	4, 05	»
57	»	1, 75	»	90	»	5, —	»
60	»	2, —	»	95	»	5, 05	»

L'esistenza dell'astigmatismo regolare può discuoprirsi col mezzo di un sistema di linee tirate sulla carta e fatte girare innanzi all'occhio sopra un piano parallelo a quello dell'iride (fig. 1). La valutazione poi si cerca come nel caso della miopia e della ipermetropia.

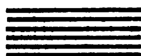


Fig. 1.

L'acutezza della visione misurata nel modo che dissi sopra, non vale, per altro, a renderci nota la condizione della funzione su tutta l'estensione della retina, ma soltanto in quel punto che è quello pel quale l'individuo può leggere. È inutile dilungarsi su queste cose, poichè ormai tutti conoscono ed hanno forse fatto sopra sè medesimi, la famosa esperienza con la quale si prova che un uomo avendo anche l'acutezza visiva la più squisita possibile, può essere in caso di non condursi solo per le strade. Chi non lo abbia provato, può farlo, accartocciando un foglio di carta e provando a camminare guardando la strada per entro il cartoccio.

A noi val meglio parlare del modo che deve tenersi per scuoprire tali condizioni. Il metodo sarebbe questo: vedere

quanto due punti luminosi possono essere distanti, l'uno dall'altro, cioè divaricati, ed essere veduti contemporaneamente. Un punto può esser fisso; ed è il punto stesso di fissazione. Allora rimane a cercare il secondo punto variabile su tutti quelli che può occupare sopra l'area retinica scompartita da meridiani. E conviene trovar modo di prender nota della esperienza.

Fra tutte le maniere proposte forse questa è quella più alla mano delle altre. Si fa guardare l'esaminando traverso l'anello di una chiave tenuta a 10 centimetri dall'occhio. (*Punto di fissazione*). Si passa per questo foro un metro a nastro, del quale una estremità è fissata ad un manico di penna o ad una bacchetta qualunque terminata da un rigonfiamento assai visibile (per es.: una pallina d'avorio), e l'altra estremità rimane pendente e porta un peso qualunque che può essere la scatola medesima del metro (1). Allora e mentre l'esaminando guarda nella chiave come si disse, il medico allontana il manico della penna in più e diverse direzioni, leggendo sul metro la distanza alla quale può pervenire senza che l'osservando la perda interamente di vista. Oppure, e ciò è meglio, essendosi in antecedenza allontanato, a poco a poco, si avvicina quanto è necessario e ne nota il punto.

Se il *pallino* fosse sostituito da un cubo e questo fosse variamente colorato l'osservazione darebbe qualche resultato anche per determinare il campo visivo cromatico.

Secondo Barthélemy queste misure sogliono dare:

in fuori	Metri	1, —
in dentro	»	0, 30
in alto	»	0, 40
in basso, in dentro ed in fuori .	»	0, 52

Queste cifre possono essere riportate tali e quali, o riducendole al 25mo, si possono riprodurre graficamente sopra un pezzo di carta.

(1) Tolto dall' *Examen de la vision* par Barthélemy.

Ma per buona regola, la misura del campo visivo dev'essere fatta sopra un arco, e misurata a gradi di cerchio. Così si compie, per es.: col perimetro di Forster o con quello di Badal e pei quali togliamo, nei casi normali queste note:

in fuori	70^{0}
in fuori ed in basso	08^{5}
in dentro	50
in basso	50^{0}
in alto	45^{0}

(Continua).

RIVISTE

1. Tetano in conseguenza della enucleazione di un occhio. Per GIULIANO CHISOLUS in Baltimora. — (*Archiv. fur Aug.*).

La signora W., in età di 71 anni, di robusta costituzione, soffriva per un tumore che trovavasi alla superficie. anteriore dell' occhio sinistro e desiderava che glie lo togliessero. La storia della sua malattia era questa: essa aveva avuto per un anno forti dolori all' occhio sinistro, la cui visione era andata diminuendo. Era stata praticata la iridectomia, essendosi presentati fenomeni glaucomatosi. L'operazione non ebbe a conseguenza che una temporanea diminuzione del dolore. La ferita non risanò completamente; dopo qualche tempo alla superficie del taglio si presentarono piccole granulazioni, che aumentarono rapidamente; si formò un gonfiore, spesso sanguinolento, che dava molta noia alla paziente. La massa penetrava in avanti fra le palpebre e raggiungeva la estensione di una grossa noce; sembrava contenere la massa del globo oculare ed aveva due volte la grandezza di un occhio naturale. Quando le palpebre furono spalancate, si trovò che il tumore non si estendeva al di là delle due pieghe di passaggio: questo aveva l'aspetto oscuro, specialmente all' angolo interno, lo che fece supporre la presenza di grandi vasi nelle sue pareti. Il tumore occupava tanto l'apertura palpebrale, che il dito non poteva constatarne l'estensione; però esso si muoveva in corrispondenza ai movimenti dell'altr'occhio. Di qui si potè concludere che esso si limitava alla superficie anteriore dell'occhio. Per questo era possibile rimuovere l'occhio senza difficoltà. Con l' aiuto del cloroformio venne eseguita la operazione con rapidità e buon successo. La caverna dell' occhio mostrò il suo tessuto perfettamente sano. La emorragia assai forte fu dapprima calmata mediante la fasciatura ordinaria; ma dopo un' ora fui richiamato poichè il sangue penetrava per la fasciatura. Venne tolta

questa e fu collocata nell' orbita una compressa imbevuta con percloruro di ferro, che fu assicurata con una spugna. Non si presentarono altre emorragie.

Mediante una incisione nel tumore si potè accertare che questo procedeva dalla coroide. La cavità del vitreo era empita da una massa, che aveva traversata la ferita corneale e si era quindi diffusa nella camera anteriore dell'occhio. La superficie della sclera era similmente scolorita, ma in nessun luogo era perforata dal tumore: anche il nervo ottico aveva aspetto normale.

Durante la convalescenza non si presentarono disturbi. Dopo la cura stiptica non vi furono altre emorragie. Lo scolo di pus dalla caverna dell'occhio, cagionato dal percloruro, fu in pochi giorni ridotto ad un *minimum*, e allorchè la paziente potè lasciare il letto, non era più necessario che io continuassi presso di lei le mie visite.

Tredici giorni dopo l'operazione fui chiamato dalla paziente. Essa lamentavasi di dolori che provava nell'inghiottire. Le apersi la bocca, alla finestra, e la esaminai minutamente, ma non potei trovar niente. Le ordinai un' applicazione umida alla gola. La bocca poteva ancora aprirsi abbastanza per essere esaminata. Nel terzo giorno ciò non si poteva che a stento, ed essa aveva pure difficoltà nell' inghiottire. Le mascelle si stringevano insieme più fortemente e la loro maniera d'inghiottire era spesso convulsa. Con una combinazione di *bromuro* e d' idrato di cloralio potei calmarla. Inoltre furono apprestati alla paziente clisteri nutrienti e solo un poco di fluido da bere; così essa sembrò rimprendere un poco di forza. In questo stato essa rimase sei giorni, inghiottendo di tempo in tempo il latte con facilità. Eccetto il crampo della mascella e la difficoltà nell'inghiottire, essa si sentiva bene e senza dolori. Aveva la pelle asciutta, l'addome molle, poteva stare in qualunque posizione e non aveva ristringimenti. Il collo era perfettamente mobile e la testa poteva mettersi in ogni posizione che desiderasse; lo sternocleidomastoideo non mostrava nessun crampo. L'opistotono comparve soltanto il settimo giorno dopo il primo attacco. Nell'ottavo giorno, che era pure il ventitreesimo dopo la enucleazione, essa era morta.

Questo caso ci presenta una quantità di punti di vista interessanti. Nel nostro paese la quantità di enucleazioni degli occhi dolenti e perduti ascende a migliaia, i casi di morte sono rarissimi; cosicchè noi consideriamo la operazione per una delle pochissimo pericolose. Il secondo punto è l'età della paziente. All'età di 71 anni il sistema nervoso non è tanto eccitabile, e non ci si osservano facilmente i sintomi di carattere tetanico. Il terzo punto da osservare è questo, che la guarigione andò bene e il caso era quasi guarito, allorchè nel 13° giorno si presentarono i primi sintomi del tetano sotto forma di difficoltà nell'inghiottire e le altre com-

plicanze nervose si seguirono lentamente. Il quarto punto è la lentezza dello svilupparsi della malattia. Solo nel terzo giorno si presentò il crampo della mascella e nel settimo l'opistotono. Rimane sempre la questione, qual parte avesse il percloruro in questo tristo caso. In ogni modo la cauterizzazione doveva eseguirsi, e le complicanze si presentarono molto tempo dopo, anzi 13 giorni dopo. Da questo caso risulta che non vi è operazione assolutamente sicura e che per cause ignote dopo una enucleazione del bulbo può presentarsi il tetano con esito infelice.

2. **Contribuzioni allo studio della descemetite o cheratite punteggiata**, pel dottor H. Armaignac.

L'A. riporta una storia, ed emette la sua opinione che la cheratite punteggiata non è *nè punto nè poco* una cheratite, nè una entità morbosa, ma sivvero un' affezione sintomatica di una malattia del tratto ureale. — (*Revue clin. d'oculist.* Gennaio 1881).

3. **Sopra alcuni casi di delirio in seguito all'estrazione di cateratta.** — (G. Saltini, *Spallanzani,* Gennaio 1881).

L'A. narra quattro storie di delirio avvenuto dopo l'operazione, una delle quali dice che l'individuo morì.

Non vi è ormai oculista che non abbia avuti casi di questo genere e quindi i quattro casi narratici come avvenuti nella Clinica di Modena non sorprendono minimamente. Non è però tanto facile averne un caso l'anno, come lo hanno avuto a Modena. Ma la ragione chi può indovinarla? Ciò non ostante avremmo desiderato che le scritto dell'esimio collega ci avesse esclusa la possibilità dell'alcoolismo, ci avesse detto che in un caso era evidente, e detto se dopo l'operazione *furono* o non *furono* fatte fare all'operato delle prove sulla vista. Questo punto è interessante, per noi, giacchè sappiamo che il Sichel padre, che fu il primo a segnalare questo delirio, dava molta importanza all'impressione morale che l'infermo provava nel veder che aveva recuperata la vista. L'A. nega ogni influenza all'azione dell'atropina, e circa questa sua asserzione non vi può esser nessun dubbio.

Libri ricevuti in dono.

Ulrich Herzenstein. *Beitrag zur Lehre der Augenmskellähmungen.* Berlin, 1881.

Paul Schubert. *Ueber syphilitische augenkrankheiten.* Berlin, 1881.

Sous. *Traité d'optique considerée dans ses rapports avec l'examen de l'œil.* Paris, 1881.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1881 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

ESAME DELLE FACOLTÀ VISIVE E CROMATICHE NEGLI IMPIEGATI DELLE FERROVIE E DEI BASTIMENTI.

(Cont. e fine, vedi N. 6).

Dopo la rapidissima ed incompleta scorsa, da noi data nei numeri precedenti, al modo di esaminare la funzione visiva degli impiegati delle strade ferrate e dei bastimenti, ci conviene riprendere l'argomento sotto un altro punto di vista. È sempre alla pratica che noi vogliamo mirare; quindi conviene rigirarci gli argomenti fra mano più di una volta e schivare di trattarli sistematicamente.

Le Amministrazioni ferroviarie e di navigazione, tutte ormai, sono convinte della necessità di non mettere in non cale lo stato della vista dei loro impiegati. Esse sono perfettamente convinte del fatto, d'altronde ovvio e volgare, che a nulla valgono i segnali diligentemente preparati ed esattamente fatti, se l'occhio di chi deve riconoscerli non trovisi nel caso di poterlo fare. Lo insistere più a lungo su ciò sarebbe ozioso. Il famoso disastro di Lagerlanda in Svezia accaduto il 15 novembre 1875, e che costò la vita a molti individui, basta, a quelli che ne ignorano molti altri, a consigliare, anche se non per vedute umanitarie, per speculazione e con vedute puramente amministrative, di non dare il governo di un convoglio ferroviario o di una nave a chi non abbia conveniente potenza visiva per riconoscere i segnali.

Su questo punto sono concordi gli uomini più autorevoli di ogni paese. E gli oculisti sono stati posti all'opra, per effettuare quelle indagini, delle quali hanno saputo mostrare la necessità. Pertanto la quistione è tutta nelle mani di questi e dalla diligenza che essi metteranno negli esami loro, sarà per discendere tutta la utilità dei medesimi.

Se non che più qua e più là, sorgono delle voci discordanti di alcuni nostri colleghi che non sono anche persuasi della

necessità dell'opera stessa, e credono una esagerazione impegnare le Amministrazioni in una via piena (dicono essi) di danni e di fastidj. E di siffatta maniera di pensare troviamo il più recente esempio nel giornale belga *Le Scalpel* del 20 febbraio. Ivi il Direttore D.r Festraerts, medico aggregato delle strade ferrate dello Stato, ha pubblicato una lettera direttagli dal D.r Spaak, il quale gli dimanda come a suo collega d'impiego, se gli è accaduto, come a lui, di non aver trovata la *rara avis:* e vorrebbe gli fosse spiegato come segue che alcuni vedono molti daltonici, ed altri non ne videro mai? Il signor Festraerts risponde non avere anche ultimati i suoi esami; ma del resto, nemmen egli fin qui, avere trovato daltonici bene distinti.

Dovrebbe per queste dichiarazioni risorgere la quistione della frequenza del daltonismo, e quasi quasi se il daltonismo si verifichi pur qualche volta? (1) Non vi sarà, certamente, uomo di scienza che si rifiuti mai a studiare e rivedere qualunque argomento sul quale si getti l'ombra di un

(1) Ecco alcuni resultati recentemente ottenuti:

Nel 1855, sopra 5000 impiegati di strada ferrata, M. Favre ha trovato 50 ciechi per il rosso.

Dal 1862 al 1872, sopra 1196 trovò 14 ciechi per il rosso.

Dal 1873 al 1875, sopra 1050 trovò 98 ciechi per i colori, 10 per il rosso.

Il Dott. Lederer, in Russia, sopra 1312 trovò 63 viziati per i colori.

Sopra 4444 impiegati delle strade ferrate, il Dott. Gintl di Vienna ha trovato 329 ciechi per i colori, 0,769 per cento.

Il Prof. Donders, sopra 2300 ha trovato 152 ciechi per i colori.

Il Dott.	Fontenay di Copenhague	2,87	per cento
»	Stilling di Cassel	6	»
»	Krohn di Finlandia	5	»
»	Draae di Kragezo	4,88	»
»	Kohn di Breslavia	4	»
»	Magnus	3,5	»
»	Holmgren	3,25	»
»	Minder di Berna	6,85	»
»	Von Reuss	3,50	»
»	Jeffries di Boston	4,149	»

» Meyer Enrico, sopra 2065 fanciulli delle scuole comunali di Firenze, ha trovato 9 ciechi per il rosso, 10 per il verde, 1 per il violetto e 29 individui dotati di debole percezione per i colori.

dubbio: ma però tutti hanno il diritto di non acconsentire a questa specie d'inchieste scientifiche, quando non sono logiche conseguenze di fatti bene appurati. — Il perchè, la scienza deve progredire e niuno può, per suo talento, voler disfare oggi quello che fu fatto ieri.

Nella storia degli studj sul daltonismo è già consegnato il fatto, che la frequenza del medesimo si è man mano costatata maggiore, secondo che si perfezionavano i mezzi d'indagine e la pratica nell'indagare. E pertanto non ha nessuna importanza che il signor Spaak ci dica di non aver mai riscontrato un daltonico: la colpa di ciò non può appartenere a quelli che invece lo hanno riscontrato. Ed è inutile che egli ci dica che con la sua maniera d'indagine (che non è nemmeno quella che sembra la migliore) non trova daltonici; gioverebbe invece provasse, che con le altre in uso, appariscano daltonici quelli, che non lo sono realmente.

Su ciò il *Bollettino* parlò chiaro nel numero dell'Ottobre passato, nè ora potrebbe ritornare sull'argomento senza voler entrare in distinzioni sottili teoriche, destituite di pratica utilità. Negare i fatti non vuol dire distruggerli, ed oggi è ormai un fatto che quando l'oculista esamina a dovere la funzione cromatica, la trova molte volte e per molte cagioni in stato anormale.

Ma, poichè le anormalità del senso visivo non si possono negare quale importanza hanno pel servizio ferroviario e di navigazione? Ecco il vero lato della quistione sul quale può disputarsi, e che è l'unica base su cui posare la risposta a coloro che vi domandano, con il D.r Spaak, quando avrete costatato tanti daltonici che cosa ne farete? Perchè noi appunto questo vogliamo, che essi sieno esclusi da quei servigi pei quali non sono adattati e sieno collocati ad un servizio pel quale abbiano attitudine. Se da escludere ne troveremo pochi, sarà bene; se punti anche meglio.

Non tutti i servizi ferroviari e di navigazione richie-

dono una facoltà cromatica perfetta, anzi per taluni è completamente indifferente l'essere daltonici o no. Un individuo destinato, per esempio, ad aprire e chiudere il baratto di una linea, in vicinanza di una stazione, ove i treni sogliono entrare con poca velocità, non ha certamente bisogno di una facoltà cromatica acuta e perfetta quanto un macchinista, che deve vedere ed interpretare i segnali mentre è sulla locomotiva, che velocemente lo trasporta e che egli deve guidare con la massima prestezza e senza esitazione.

Per un impiegato, o come dicono un commesso, che deve stare applicato in un ufficio a scrivere, premerà poco o punto che egli sia daltonico. Ma perchè limitare le nostre ricerche al daltonismo? non soli giudizi sui colori vengono richiesti agli impiegati; e quindi conviene occuparsi anche dell'acutezza e della portata della loro visione. E così entrasi nella questione delle ambliopie, e dopo queste subito nell'altra delle *ambliopie stazionarie* e delle *progressive* e delle *temporarie* e delle *permanenti,* e delle *acute* e delle *croniche;* una quantità infine di questioni per giudicare le quali è necessario, vuoi all'ammissione degli impiegati, vuoi durante l'impiego, vuoi al salire i gradi diversi della loro carriera, l'opera dell'esperto; opera che si risolve in un riscontro, in una misura, in una diagnosi. E questo, perchè a qualsiasi impiegato è necessario un *minimum* di percezione visiva, comportabile con il servizio che gli viene affidato. E questo *minimum* non deve risultare all'Amministrazione per mezzo di misure? E quando si prendono delle misure, è ammissibile che si prendano non esattamente? Ed è giusto che tutti gli abili sieno confusi fra loro e non si faccia constare all'Amministrazione della maggiore o minore attitudine fisica pel servizio al quale vengono destinati? Noi crediamo, a mo' d'esempio, che ad un macchinista, pratico del servizio, possa bastare avere da un occhio $^{7}/_{10}$ e dall'altro $^{3}/_{10}$ di acutezza visiva e cromatica: per questo dovrà confondersi con chi abbia $^{10}/_{10}$ dall'uno e dal-

l'altro occhio, solo perchè ci sembri troppo faticoso cercare la valutazione esatta di questi elementi della vista, e ci sembri sufficiente trovare un *presso a poco?*

Così crediamo che un commesso scrivano possa benissimo compiere il suo ufficio avendo una facoltà visiva di $^5/_{10}$: ma se egli dovesse, a mo' d'esempio, grado per grado salire al posto di capo-stazione, questi $^5/_{10}$ gli basterebbero più? E poi un' amministrazione non dovrà sapere se quei $^5/_{10}$, che mancano all' individuo che essa prende al suo servizio, manchino, per causa di una malattia stazionaria o definitiva, per evitare il caso (come nella sclero-ectasia posteriore) che l'ambliopia aumenti ed in poco tempo diventi $^6/_{10}$ e $^7/_{10}$. ecc., ponendo l' impiegato nella impossibilità di fare un buon servizio ed essa nella difficoltà di mantenerlo al medesimo?

Nè convien dimenticare che le Amministrazioni dovendo essere responsabili dell' operato dei loro agenti, possono avere bisogno in molte circostanze, e dopo un avvenimento disastroso, di dimostrare in quali condizioni erano le facoltà visive di coloro ai quali affidarono delicate incombense e che forse miserabilmente, non sono più esaminabili, perchè rimasero uccisi. E dato uno di questi casi, rilevantissimo sarà il benefizio che le amministrazioni stesse potranno ritrarre, esibendo i loro registri dove si contengono appunto tutte quelle misure, quei riscontri e quelle annotazioni, che a taluno, giudicate così alla svelta, paiono eccessive, per non dir peggio, e che il signor Spaak chiama addirittura *joli remue ménage.*

Coloro che la pensano come il D.r Spaak fanno una terza obiezione. Dicono: come va che i disastri ferroviarj dovuti ad errori di segnali luminosi, sieno tanto rari se è vero che trovansi fra gli impiegati tanti daltonici?

Or siccome questa obiezione non è nuova, alla medesima fu già più volte risposto dal Holmgren, dal Favre e da altri. Essi hanno constatato che *certi impiegati, benchè comple-*

tamente daltonici, riconoscono i segnali e possono continuare il servizio; perchè giudicano per la *intensità luminosa.* Una lanterna verde apparisce loro più chiara di una lanterna rossa.

E poi è raro che l'esame dei segnali sia confidato ad uno solo; un macchinista ha presso di sè il fuochista, può averci il conduttore, la scorta, ecc. ecc., i quali in caso di errore lo possono correggere.

Ma è evidente, che su questo ajuto che può venire al daltonico da chi lo avvicina, non può farsi assegnamento costante, e sarebbe cosa poco seria il non aver riguardo alle facoltà visive di un impiegato, sperando che fossero buone quelle del suo compagno: o se fossero daltonici tutti e due? O se il macchinista, daltonico, non volesse sottostare ai consigli di un suo subordinato com'è il fuochista? Sorgendo discrepanza fra i due, può esservi modo e tempo di rimettersi al giudizio di un terzo? Ma del resto se è vero che il daltonico trova modo di distinguere il colore dei segnali, lo fa giovandosi di caratteri pieni d'incertezza e che in un dato momento gli possono mancare. Basterà che cambi la natura della materia rischiarante (olio, petrolio, gas, elettricità) che cambi il lucignolo, che vi sia avanti al segnale un po' di fumo, del vapore, della neve, basterà che un raggio di sole cada sulla *bandiera,* basterà che l'occhio sia stanco perchè il daltonico s'inganni e sia incapace di distinguere i segnali. Ma è più breve ripetere le parole di Holmgren: « dimandate ad un Direttore di servizio ferroviario se accetterebbe di condurre un treno a condizione « che i segnali sieno incolori, e una debole luce significhi *pericolo,* una media *attenzione,* una forte *via libera,* « ed egli senza esitazione risponderà: no sicuramente. »

Venendo ad una conclusione; il medico oculista addetto ad un servizio ferroviario, deve prima di tutto esaminare e constatare che coloro che si presentano per un impiego non abbiano negli occhi malattie progressive capaci di di-

minuire la potenza visiva, e negli annessi oculari nessuna di quelle lesioni che possano alterare in qualunque modo la vista medesima. Dovrà constatare che l'acutezza visiva, la refrazione e la potenza cromatica sieno proporzionate alle esigenze del servizio. E di queste proporzioni può darsi un cenno così:

Macchinisti . . . Fuochisti . . . . Deviatori, ecc. . .	Acutezza visiva 1; Refrazione 1; Sensibilità cromatica 1; Campo visivo di estensione normale.

Scrivani ed assimilabili agli scrivani: acutezza visiva $1/2$

Senonchè quando il primo gruppo d'impiegati abbiano già fatto buon servizio per qualche tempo, potranno considerarsi abili, anche se da un occhio l'acutezza visiva e la sensibilità cromatica scendano fino a $3/10$ e dall' altro a 7 od anche $6/10$. E per i servizi da farsi entro le stazioni, eccettuati macchinisti e fuochisti, gli altri possono tollerarsi fino ad avere $3/10$ di visione nell'occhio migliore. E quanto agli scrivani conviene avvertire che se qualcuno di essi fosse daltonico, dovrà l'oculista renderne intesa l'amministrazione, onde non accadesse che per una od un' altra combinazione, anche provvisoriamente e per accidente, a costui venisse comandato un servizio pel quale convenisse l'uso di segnali colorati.

È pure dover dell' oculista di ripetere le sue indagini sugli impiegati del 1° gruppo, tutte le volte che egli possa sospettare cambiate nell'impiegato quelle condizioni oculari e visive delle quali si è altra volta accertato. E questo sospetto dovrà aversi nei fumatori strenui e negli alcoolisti, in coloro che soffrirono di malattie traumatiche al capo ed ebbero qualsivoglia lesione encefalo-meningea, sia per dato e fatto di malattie generali, sia per quello di speciali medicature sopportate (chinina?) e nei sifilittici che traversano il periodo dei fenomeni secondarj e durante i terziari precoci.

CORRISPONDENZE [1]

Ill.mo Sig. Direttore del *Bollettino d' Oculistica;*

Napoli, 20 febbraio 1881.

Sarei a pregarla d' inserire nel suo periodico mensile questo mio articoletto, e come altra volta ebbi prova della sua cortesia, gliene porgo i miei ringraziamenti, e mi segno

Suo devotissimo
Dott. Pietro Pratolongo.

Annotazioni pratiche sulla cura dell' Entropio.

Senza spender parole nell' esporre il concetto patologico di questa affezione palpebrale, e senza diffondermi in un esame critico particolareggiato dei metodi curativi, mi propongo di riguardare l' Entropio sotto il rispetto del momento etiologico che più comunemente lo produce, e che ognuno sa esser la congiuntivite granulosa. Ammesso però questo momento etiologico non sempre si ha l' Entropio colla consecutiva trichiasi, e ciò perchè solo dopo lo studio degenerativo delle granulazioni neoplastiche il tessuto palpebrale della muccosa congiuntivale, nei punti ove esistevano le granulazioni, viene sostituito da tessuto inodulare o cicatriziale che per la sua retrazione dà luogo all' Entropio. Or bene per questo meccanismo è facile spiegare come accada di sovente che eseguita una operazione di Entropio col metodo di Celso, ad esempio, che è il più comunemente accettato, si veda ritornare il nostro ammalato che chiede di nuovo la nostra opera per l'Entropio recidivato; ed io ho potuto pure vedere alla seconda operazione seguire il Lagoftalmo, rimanendo le ciglia ancora deviate verso il globo oculare. Non vi è dubbio che la causa delle recidive deve ripetersi nell' alterazione subita dalla congiuntiva palpebrale che si riscontra ispessita, raccorciata e poco vascolarizzata. Fu dietro

(1) Le opinioni emesse negli articoli che ci vengono comunicati e che vanno sotto questa rubrica, debbono considerarsi come proprie ai loro autori ed il giornale si astiene da qualunque approvazione o disapprovazione.

La Direzione.

queste considerazioni che il prof. De Luca esperimentò le ripetute scarificazioni sul tessuto cicatriziale della congiuntiva, e soddisfatto dei buoni effetti ottenuti fin dal 1862 scrisse una Memoria che ha per titolo: *Nuovo metodo per curare l' Entropio e la consecutiva trichiasi.* Ecco una indicazione alla quale bisogna che il chirurgo soddisfi prima di passare all' operazione definitiva nei casi di Entropio in seguito a granulazioni, ed io che mi sono attenuto a questo precetto, che da molti vedo trascurato, me ne sono trovato contentissimo. Dei metodi operativi non voleva parlare, ma poichè incidentalmente ho citato il metodo di Celso, ricordo ancora che Wardrop aveà proposto di curare l' Entropio incidendo l'angolo esterno delle palpebre. Ebbene: io debbo dire che ho assistito a due operazioni praticate con questo metodo, ma neppure la reiterata causticazione dei bordi cruentati ha potuto impedire che avvenisse il coalito, e perciò il risultato è stato negativo. Io però convinto che questo intento cioè di allargare la rima palpebrale nel caso in cui l' Entropio si accompagni, come non di raro avviene, a Blefaro-fimosi si possa ottenere colla legatura elastica, che ci procura la dieresi incruenta dei tessuti: ecco il modo semplicissimo che ho ideato. Si passi un ago infilato con filo di caoutchouc dalla muccosa verso la cute a tre o quattro millimetri dalla commessura palpebrale esterna, e nella direzione stessa della rima palpebrale prolungata: poscia si stringa coll' ansa del filo il tessuto rimasto tra la commessura palpebrale esterna da una parte ed il capo di filo condotto dall' ago dall' altra, ed il tessutó si mortificherà, ed il laccio al secondo o terzo giorno cadrà da per sè. Questa operazioncella può benissimo sostituire nella maggior parte dei casi li impicciosi metodi di Cantoplastia, e renderci capaci di poter confrontare il metodo di Wardrop cogli altri metodi adoperati per l' Entropio.

RIVISTE

1. **Ambliopia alcoolica**, per il Dott. ROMIÉE (de Liège).

Sintomi. — 1° *Indebolimento dell' accomodazione,* che può andare fino alla paralisi. Si guarisce facilmente se il fatto è conosciuto; non così se l'infermo si mette gli occhiali e seguita a bere. — 2° *Stato delle pupille*

quando il malato ha digià l'ambliopia. Herschler segnala il ristringimento pupillare; Galezowski lo contesta, perchè ha veduto dilatazione; dilatazione ineguale pei due occhi, dilatazione irregolare come nelle pupille aderenti. L'A. propende ad ammettere la dilatazione, non ha riscontrata la ineguaglianza, e però affaccia il dubbio che le differenze possano dipendere che i malati del Galezowski bevevano anche l'assenzio. — 3° *Acutezza visiva.* Diminuisce rapidamente ed in pochi giorni diviene $^1/_6$ e fino a $^1/_{15}$ e meno fino ad $^1/_{30}$. I due occhi sogliono avere la medesima acutezza. Se l'ambliopia non è recente, nella maggior parte dei casi $S = ^1/_6$ e questo grado di riduzione, cosa curiosa, è quello che si manifesta il più spesso. L'abbassamento della visione ad $^1/_6$ o meno, che si produce in poco tempo e simultaneamente ne' due occhi, deve considerarsi patognomico. Qualche volta l'acutezza rimonta, fino a permettere al malato di leggere correntemente, ma temporariamente, perchè si riabbassa e seguitando la causa si giunge fino all'amaurosi completa. — 4° *Daltonismo.* Può essere completo ed incompleto. Bisogna saperlo ricercare, perchè le più delle volte esiste uno scotoma centrale di estensione variabile. Le più delle volte e quando l'ottalmoscopio non rivela alcuna lesione e l'acutezza visiva non è al disotto di $^1/_{10}$ suole occupare nel campo visivo 10° o 15° all'intorno del punto di fissazione. Bisognerebbe usare il campimetro, ma l'A. per un esame che non abbisogna di misure esattissime, si serve di un diafragma nero, nel centro del quale è un foro rotondo sul quale il malato fissa lo sguardo, mentre al di dietro si fanno passare dei fogli colorati. A misura che progredisce il miglioramento lo scotòma s'impiccolisce, ma fino alla guarigione completa o quasi, la funzione del senso cromatico rimane alterata per il *verde chiaro*, *verde cupo* e *rosa pallida*. Il verde chiaro ed il rosa sembrano grigio, il verde cupo ed il bruno sembrano nero. Il giallo ed il bleu sono riconosciuti per molto tempo, ma se sono molto vivi e sembrano bianchi per il malato che prende spesso il rosso per bruno ed il violetto per bleu. I due occhi debbono essere esaminati separatamente. Galezowski ha segnalato la persistenza prolungata delle impressioni colorate sulla retina, donde una confusione che varia costantemente (contrasto morboso e successivo dei colori). — 5° *Fondo oculare.* Nei primordi del male è normale, ma qualche volta si trova iperemia della pupilla e vi si può trovare l'edema papillare. Si possono vedere delle contrazioni spasmodiche delle arterie retiniche, quantunque l'A. le voglia riguardare come l'effetto della stricnina che si suole usare in questi casi. Si possono trovare delle emorragie. Ad un periodo però inoltrato si trovano le seguenti modificazioni della papilla: enfiore, colorito bianco-giallastro, opacità. Queste papille possono passare all'atrofia grigia progressiva. — 6° *Altri segni funzionali.*

Il malato lamenta di vedere una nebbia: vede molto meglio la sera: ha delle fotopsie.

Difficilmente negli affetti da alcoolismo mancano disturbi di altri organi, e di tali parla il nostro Autore. A noi basti avere ripetuto che mancano difficilmente, perchè possa arguirsi che la diagnosi della ambliopia alcoolica, dev'essere fatta eccezionalmente quando l'alcoolismo non si rivela che nei soli disturbi oculari.

Anatomia patologica. — L'A. reputa che nel nervo ottico riscontrinsi le lesioni medesime verificate nei centri nervosi. « Iperemia, gonfiamento e moltiplicazione dei corpuscoli congiuntivali, ed infine sclerosi interstiziale diffusa della nevroglia dei centri nervosi. » (Luys, *Annales médic. psychol.*).

Qualche volta l'ambliopia corre rapidissima, e talora lentamente, e vi abbisognano dei mesi, prima che l'infermo (reso poco curante dall'alcoolismo stesso) si trovi costretto a ricorrere al medico. Nel primo caso, poichè non si hanno lesioni gravi e la massima parte dell'ambliopia è dovuta a disturbo dell'accomodazione, il male può retrocedere e cessare in 3 o 4 mesi, se l'infermo scrupolosamente segue la cura. Nell'altro caso, invece, può accadere che la malattia segua il suo corso progressivo, e si giunga alla cecità completa.

Pronostico. — L'A. giustamente fa osservare che nel formulare il prognostico non bisogna dimenticare la difficoltà che s'incontra ad ottenere dagli alcoolisti la cessazione del loro vizio.

Diagnosi. — L'ambliopia alcoolica è facilmente confondibile con quella nicotinica.

Cura. — 1° Astensione assoluta dall'alcool (1); 2° L'uso della stricnina: 2, 3, 5 milligrammi al giorno, in pillole di 1 milligr.; 3° L'A. non pratica emissioni sanguigne; 4° L'A. usa poco il bromuro di potassio, e lo riserba pei casi di *tremolio delle mani, d'insomnia, allucinazioni* ecc., ed allora lo associa all'idrato di cloralio; 5° È utile per modificare lo stato delle accomodazioni l'uso dell'eserina e della pilocarpina in collirio; 6° Nei casi di lentissimo andamento e che accennano a perpetuarsi, è utile il fosfuro di zinco, la elettricità (corrente costante) e l'idroterapia; 7° Tranne il caso di disturbi digestivi, si può permettere un moderato uso del fumo; 8° I malati non debbono essere sottratti alle loro occupazioni ordinarie e nemmeno alla lettura, se è possibile. Ma vista l'alterazione del senso cromatico debbono essere allontanati dalle loro occupazioni, se per queste abbiano bisogno di distinguere i colori, come i piloti, i macchinisti o gli impiegati delle strade ferrate. (*Recueil d'ophtal.* Genn. e Febb., 1880).

(1) È questo un precetto che fu dato anche dal Galezowski *(Ambliop. tossiche)* vedi *Bollettino*, Anno II.

2. **Ambliopia alcoolica e nicotinica**, pel Dott. LAUREIRO. *Revista de Ciencias médicas* — Febbraio 1881.

Da questo breve, ma autorevole scritto, estraiamo quanto riguarda la diagnosi differenziale fra le due maniere di ambliopia.

Fra l'ottalmo-alcoolismo e l'ottalmo-nicotismo esistono differenze facili ad apprezzarsi: essendo per così dire, patognomonico dell'ambliopia nicotinica la miosi e la tardità dell'iride ad obbedire all'azione dei midriaci. È segno di molto valore: essere l'ottalmo-nicotismo le più delle volte, monoculare e avere un principio lento e graduale, mentre quello alcoolico suole essere rapido ed irregolare; presentarsi la diminuzione della vista nel tempo stesso ad ambedue gli occhi, ma nella nicotinica esistere spesso un contrasto del doppio e del triplo fra l'acutezza visiva di un occhio e quella dell'altro; esistere nell'astenopia alcoolica, con più frequenza, uno scotoma.

Sopra quest'ultimo particolare Hirschberg considera esistere fra loro questa differenza: lo scotoma della O-nicotinica si origina alla macchia lutea come quello dell'alcoolica, ma invece di estendersi concentricamente, si estendende a forma di linguetta in direzione del *puntum coecum*.

Un clinico pratico difficilmente confonderà una di queste ambliopie con l'atrofia idiopatica del N. O., nella quale ed in principio, si ha *limitazione periferica* del campo visivo e non *lacuna* centrale.

Una malattia un po' analoga all'ambliopia per il tabacco è quella per intossicazione cronica di chinina. Anche in questa abbiamo miosi, assottigliamento dei vasi del fondo oculare, limitazione del campo visivo, nictalopia. pervertimento della facoltà cromatica, visioni colorate, corso lentissimo e graduale.

3. **Stafilotomia** (Contribuzione alla), per MORANO. *Giorn. delle malattie degli occhi* — Gennaio 1881.

L'A. vuole utilizzare l'azione dell'eserina per ottenere che i processi ciliari sieno distesi durante la cicatrizzazione, e così si eviti di averli compromessi ed imbrigliati in questi, e si abbia anche una cicatrice in forma piana e levigata.

4. **Lenti coniche nel cherato-cono**, per DOR di Lione. *Lyon Méd.* 26 Febbraio 1881.

Dor ha realizzata una idea di Raehlmann, trovando a Ginevra il modo di far fabbricare delle lenti coniche, che questi non aveva potuto ottenere che molto imperfette a Dorpat.

Le lenti di Raehlmann hanno 4 centim. di diametro. Il cono della prima ha una profondità di 0 mill. 5, della seconda di 1 mill., della terza di 2 mill.

Dor ha aggiunto 2^m, 2^m,5; 3^m. Egli crede che pei bisogni della pratica bastino i numeri da 0^m,5 a 3^m. Fabbricante è stato il signor Artaria di Ginevra.

In 8 occhi l'A. ha potuto correggere il vizio di curvatura della cornea come col foro stenopeico; in un caso meglio; e se in un caso no, ciò dipese dalla esistenza di un leucoma centrale. Vi sarebbe il vantaggio di non limitare il campo visivo come fà il foro stenopeico, e di non avere il danno dalle lenti sferiche le quali non migliorano la visione egualmente da lungi e da vicino.

5. RAMPOLDI. — **Rapporti morbosi esistenti tra gli organi digerenti e l'organo della vista.** — (*Annali di Ottalmol.*, di A. QUAGLINO, Anno IX, Fasc. 2).

L'importanza dell'argomento non può sfuggire ad alcuno e sarebbe veramente desiderabile che medici ed oculisti imprendessero a studiarlo di conserva, accumulando quei materiali di osservazione sui quali poi si potesse fondare uno studio sistematico. È un altro lato dell'argomento che l'A. studiò l'anno decorso. (Vedi *Bollettino,* Anno II, pag. 8).

L'A. comincia dal distinguere queste sofferenze oculari in *funzionali* ed in *anatomiche*, e giustamente le dice provocate per la massima parte dagli elementi *vascolare* e *nervoso* (azioni simpatiche, riflesse o consensuali). Accenna che però disturbi visivi possono aversi anche per causa meccanica (*impedimento della circolazione addominale*), come per continuità di tessuto (*alveolite dentaria che produce blenorrea del sacco lacrimale*).

Da ciò le distinzioni:

1° *Relazioni morbose fra il sistema de' denti e l'occhio.* — L'osso, il periostio della mascella superiore ed il nervo trigemello formano la via anatomica per la quale talune malattie del sistema dei denti possono diffondersi all'organo della vista, per continuità di tessuto o per azione riflessa. Durante la prima dentizione facilmente vedesi *blefaro-spasmo, fotofobia, iniezione congiuntivale, herpes cornee, lacrimazione.* Per la seconda dentizione e all'erompere dei molari ultimi, possono vedersi *ambliopie, astenopie, copiopie, stati congestivi del fondo oculare* e fino *atrofie dei nervi ottici.*

Qui lasciamo l'A. sviluppare la sua tesi con esempi e con giustissime riflessioni, perchè non sapremmo riassumere il suo concetto senza ripetere le sue parole.

2° *Relazioni morbose fra l'occhio ed il sistema gastro-intestinale.* — Lo stomaco è il viscere che più ha influenza sull'occhio: anche più dell'utero. Quindi le affezioni catarrali dello stomaco, acute e croniche, ed

i concomitanti disturbi epatici furono presi di mira anche dagli antichi clinici che stabilirono le amaurosi *gastriche*, *gastro-enteriche, gastro-epatiche.* Qui giova notare che la influenza dello stomaco può essere incitata per ragioni svariatissime in rapporto di causa o di effetto più o meno direttamente connesse. E giova anche riflettere che la stretta connessione fra lo stomaco e l' occhio è manifestata dal *vomito reflesso* per lesione dei nervi cigliari.

Per ordinare tutta la materia che si riferisce a questo capitolo l'A. stabilisce questa distinzione (un po' arbitraria, lo confessa): *a*) sofferenze visive derivanti da processi lenti ed acuti del sistema gastro-enterico, i quali si risolvono in una alterazione della funzione digerente (con speciale riguardo al vomito); *b*) dalla emorragia del ventricolo e degli intestini; *c*) dalla verminazione. *(Continua)*.

6. **Escisione del ganglio oftalmico nell' asportazione di un sarcoma dell' orbita e dell' antro d'Igmoro** (*Clinica Oculistica* di Palermo).

Da questa osservazione vuolsi levare la conclusione seguente: che la escisione del ganglio ottalmico non determina per sè alterazioni nutritive della cornea; le quali quando intervengono debbonsi attribuire all' azione meccanica.

7. **Osservazioni sulla cecità pei colori in Italia**, per H. Meyer.

Questa *Italia* vuol dire Firenze, ove l' A. ha esaminato 3740 individui; 2065 maschi e 1675 femmine, con questi resultati:

Fra i maschi 9 ciechi per il rosso, 10 per il verde, 1 per il violetto, 29 incompletamente ciechi ossia dotati di debole percezione per i colori. Tra le femmine 1 caso di cecità per il verde.

Sarebbe davvero desiderabile che simili indagini fossero fatte sopra più amplia scala, che fossero estese a tutta Italia, dopo però aver prima discusso é deciso se convenga il metodo usato dall' A. o quello di Stilling.

8. **Tacchi alti alle scarpe e malattie degli occhi.**

Copio dal *Journal d' Hygiène* del 17 febbraio 1881. « Un giornale di Boston riferisce che un oculista di quella città ha scoperto, i tacchi alti degli stivaletti essere causa di debolezza e di malattie degli occhi. Una giovine signora andò un giorno o consultarlo per l' infievolimento della sua vista, poichè aveva tentato, ma senza successo, diversi rimedi. Aveva una miopia passeggera (?) che era per essa un continuo tormento. L' oculista l' esaminò attentamente, le fece diverse dimande e le chiese di fargli vedere il piede (!). Essa portava un piccolo stivaletto di pelle di capra, con tacco altissimo, strettissimo e corto quanto era possibile. « Tornate

a casa, le disse l'oculista e per l'avvenire mettete degli altri tacchi ed i vostri occhi anderanno benissimo. » Due mesi dopo, la giovine ammalata era guarita completamente. »

La completa armonia (segue il *Journal d'Hygiène*) fra i diversi muscoli del corpo spiega il rapporto che hanno fra loro i nervi del piede e quelli degli occhi.

NOTIZIE

Associazione oftalmologica italiana. — Nell'adunanza speciale degli Oculisti italiani tenutasi in Milano il giorno 4 settembre 1880 veniva ad unanimità stabilito che la prossima riunione dovesse tenersi in Roma negli ultimi quattro giorni del settembre 1881, e venne incaricato il Prof. Businelli di comporre e presiedere la Commissine ordinatrice di questa riunione.

La Commissione risultò composta dei signori BUSINELLI *Presidente,* DANTONE *Vice-Presidente*, R. BONAGENTE *Cassiere*, D'ANGELUCCI *Segretario*, i quali per adempiere al loro mandato, prima di tutto fanno appello a tutti i Colleghi e specialmente agli ottalmologi italiani, acciocchè si compiacciano di fare adesione alla predetta associazione.

Coloro che, non essendo ancora soci, desiderassero farsi inscrivere, sono pregati d'inviare la loro domanda all'indirizzo del Presidente *(Palazzo Fiano, Roma)*, il quale si farà premura di rimettere a ciascuno dei nuovi aderenti una copia dello Statuto, e più tardi la tessera d'inscrizione, senza la quale non godrebbero quelle facilitazioni che ordinariamente sono accordate dal Governo e Società ferroviarie ai componenti le riunioni scientifiche.

La Direzione Generale delle Strade Ferrate Romane. penetrata della necessità che i suoi impiegati, e specialmente quelli i quali nel disimpegno delle loro funzioni debbono ben vedere e distinguere i segnali colorati, è venuta nella determinazione di aggregare un oculista al personale sanitario delle quattro Sezioni, con l'obbligo:

1° di associarsi, quando ne sia richiesto, all'Ispettore sanitario della sezione per verificare la facoltà visiva dei nuovi ammittendi, sia per la acutezza della vista, sia per la percezione dei colori;

2° di far parte delle Commissioni che la Direzione Generale crederà di ordinare per verificare lo stato delle facoltà visive degli impiegati già in servizio;

3° finalmente, di prestarsi alle consultazioni per le malattie oculari

degli agenti dell'Amministrazione, stabilendo di concerto con l'Ispettore il luogo, i giorni e l'ora ove essi potranno presentarsi.

Gli oculisti nominati a questo servizio sono:

1ª Sezione (Firenze) — Simi dott. Andrea
2ª Sezione (Foligno) — Mancini dott. Giovanni
3ª Sezione (Roma) — Scellingo dott. Marco
4ª Sezione (Napoli) — Moyne dott. Giuseppe.

Congresso internazionale di scienze mediche

Londra, 2-9 Agosto 1881.

SEZIONE IX. — OFTALMOLOGIA.

Presidente — William Bowman.
Vice-Presidenti — G. Critchett.
» — E. Power.
» — D.r Argyll Robertson (Edimburgo).
» — H. S. Swazv (Dublino).
Segretari — D.r W. Brailey, 16, Orchard-Street Portman-Square, London W.
» — E. Nettleship, 4, Wimpole-Street, London W.

Temi proposti per la discussione:

1. Dei disturbi patologici che precedono o cagionano il glaucoma.
2. Delle operazioni contro il glaucoma nelle sue differenti forma.
3. Della natura della oftalmia simpatica, e specialmente della maniera per la quale si determina.
4. Del metodo antisettico nella chirurgia oculare.
5. Relazioni fra la nevrite ottica e le malattie endo-craniche.
6. Cura dell'ulcera serpiginosa della cornea con l'eserina, il nitrato d'argento, la cauterizzazione ignea ed altri metodi moderni.
7. La miopia, sue cause, sua patologia e sua cura.
8. Teoria della percezione della luce e dei colori.

Le comunicazioni si dirigeranno ai segretari della Sezione.

Al momento di mettere in macchina riceviamo il N. 35 dello *Scalpel*, ed in quello vediamo che la polemica intrapresa dal signor Spaak circa il daltonismo negli impiegati ferroviarj accenna ad estendersi. Ne renderemo conto nel numero futuro del *Bollettino*, e nell'*Imparziale* del 15 marzo,

---

Libri ricevuti in dono.

ÉLOUI (chef de la clinique opht. du D.r Dor de Lyon) — ***Recherches histologiques sur le tissu connectif de la cornée.***

RAVÀ — *Comunicazioni ottalmologiche.* Estratto dagli ***Annali d'Ottalmologia*** del Prof. Quaglino. Anno IX, fasc. II e III.

VLADESCU — *Paralisi reumatica del retto oculo-motore esterna curata con la pilocarpina.* — *Progresul medical. roman.* Anno 3, N. 6. Febbraio 1881.

ALBINI Prof. GIUSEPPE e D'ANGELO Dott. GIUSEPPE — ***Contribuzione alla casuistica ottalmica in medicina legale.*** Estratto dal ***Morgagni.***

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1881 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

UN CASO DI ONICE DELLA CORNEA

L'andamento tenuto da un onice della cornea testè osservato nel mio esercizio, sembrami importante perchè, può dare non inutile contributo allo studio della etiologia e della terapia del male.

Una bambinetta di circa nove anni di età, gracile anzi che no, linfatica, ma senza note accusate di scrofola, fu presa da cheratite epiteliale centrale all'occhio destro. Essa ne aveva sofferto un' altra volta qualche anno addietro e ne era guarita, come di regola, senza stigmate alcuno. Ma questa volta il male tenne un andamento diverso dalla prima: e quando l'epitelio ammalato fu caduto, invece di una superficie netta e trasparente, se ne vide una coperta di un lieve induito pultaceo.

Il medico che sorvegliava il corso di questa malattia, adoperò per vari giorni il collirio, che seguita ad essere il più comunemente usato in simili casi, cioè quello d'atropina, ed aspettò il detergersi della superficie ulcerata; nè avvisò mai gravezza di malattia, stante che mancavano tutti i fenomeni di una irritazione di qualche momento. Ma ogni dì che trascorreva, portava sempre maggiore e maggiormente esteso intorbidamento della cornea; e poi comparve, alla parte più inferiore di questa, una listerella bianca, che significava raccolta di materiale opaco depositato fra le lamine della cornea stessa. E questa listerella, benchè lentamente, aumentò così, che in pochi giorni col suo livello venne quasi al centro della cornea, o, più esattamente, fino a distare per due millimetri dalla parte inferiore dell'ulcera centrale. La metà superiore dell'iride, che rimaneva scoperta, ridotta a sottile cerchio per la midriasi atropinica, mostrava il suo tessuto sano; la camera anteriore aveva la sua normale capacità. Il materiale opaco suddetto era perfettamente immobile per qualunque

Boll. d'Ocul., anno III, N. 8, Aprile 1881.

movimento od inclinazione della testa ed aveva il suo orlo superiore completamente orizzontale.

Veduto l'andamento della malattia indirizzato per la parte opposta a quella voluta, il curante desiderò di sentire la mia opinione in proposito, e mi condusse l'inferma. Ed io, constatate tutte le cose di che sopra, volsi, pel desiderio del collega, l'attenzione al *quid agendum* e ricordando il benefizio ottenuto in casi simili dall'eserina, consigliai la fosse sperimentata nei modi e nelle forme in uso. E questo non perchè io attribuisca all'eserina nessuna virtù antisettica, come taluno si è compiaciuto di scrivere togliendo la mia opinione da non so quale sorgente, chè così mai ho pensato, nè scritto, nè detto. Perchè tale è stata sempre la mia fede, che cioè, indipendentemente dalla cagione che produce il pus, ed in qualunque stadio dell'abscesso, l'eserina valga non solo ad impedire l'aumento dell'abscesso, ma benanche a farlo vuotare. E fu appunto per questo non voler prendere in considerazione altro che il fatto materiale della scomparsa del pus di fra le lamine della cornea, che quando ebbi la prima occasione di pubblicare le mie osservazioni in proposito, le intitolai: *L'estratto della fava del Calabar negli infiltramenti purulenti della cornea* (1).

Ma torniamo a bomba: consigliai l'eserina perchè ad onta della natura infeziosa della malattia, che tale la diagnosticavo, reputai conveniente che al più presto possibile (potevo sperare in 15 o 20 ore) quella nobilissima parte della cornea fosse liberata dalla presenza del pus, per evitarle alterazioni secondarie, che poi influissero a comprometterne più o meno la trasparenza. Ma le mie previsioni non furono realizzate. L'eserina non portò alcuna diminuzione della quantità del pus, e destò una nevralgia ciliare, onde dovette essere abbandonata. Intanto il tessuto cheratico invaso dalla rac-

(1) Pisa, Agosto 1872, vedi *Sperimentale,* Tomo XXXII.

colta purulenta, dava segni di alterazione e pareva che forse avrebbe necessitato di liberarlo meccanicamente dalla presenza del materiale incongruo, praticando la paracentesi della camera anteriore.

Si dimandò di nuovo la mia opinione in proposito, ed emisi il parere che prima di praticare la paracentesi (della quale i lettori del *Bollettino* sanno com'io la pensi) (1) si sperimentasse una *valida disinfezione* dell'ulcerazione. E ciò per mezzo del benzoato di soda.

Accettato il mio consiglio, fu fatto preparare un collirio di benzoato di soda (3 grammi in 40 grammi d'acqua) e di questo furono fatte stillare nel sacco congiuntivale più goccie ogni due ore. Non volli la strofinazione dell'ulcera, nè porre in atto altro sussidio, tranne qualche gocciola di salicilato d'atropina per combattere la nevralgia ciliare destata dall'eserina.

A tale medicatura tennero dietro queste modificazioni della cornea. Nella prima giornata l'ulcerazione accennò ad essere di superficie più netta, ma l'abscesso per congestione rimase immutato. Nel secondo giorno l'ulcera era detersa e l'onice diminuito. Nelle giornate successive, terza, quarta, quinta e sesta, con regolare diminuzione scomparve. Intanto incominciò la cicatrice dell'ulcera centrale, e quindi la guarigione definitiva.

(1) Vedi *Bollettino,* Anno II, pag. 161, e per più amplia dichiarazione l'*Imparziale,* Anno XX, pag. 381.

Il Signor MOELLER al Signor SPAAK

(Lettera inserita nello *Scalpel* del 27 Febb. 1881) (1)

Sig. Direttore,

L'ultimo numero dello *Scalpel* pubblica una lettera indirizzatavi dal dott. Spaak sulla questione del daltonismo. Permettetemi di risponderci

(1) I lettori del *Bollettino* troveranno in questa lettera presso a poco le notizie che abbiamo cercato di porre loro sott'occhi nei nostri numeri precedenti; ciò non

con poche parole. Io tengo a farlo tanto più che credo di essere stato uno dei primi a richiamare in proposito l'Amministrazione delle ferrovie belghe e a condurla sulla via che ora ha preso; ed io pure le ho indicato il metodo di esplorazione di cui si serve. Non vi nascondo che per me è una vera soddisfazione lo assistere anche da lontano agli esami che sono stati incominciati.

Non rileverò il punto della lettera di M. Spaak, nel quale egli cerca di spiegare perchè alcuni vedono molti daltonici ed altri no; in questo vi sono insinuazioni spiacevoli, che saranno involontariamente sfuggite al nostro giovine collega.

Comunque sia, vorrei brevemente confutare le principali osservazioni della lettera; spiegare le divergenze relative al numero dei daltonici, mostrare che cosa sia il metodo delle lane impiegato nello esame del senso cromatico e provare la necessità della riforma del personale delle ferrovie.

1.° Non è da maravigliare che non siamo d'accordo sulla proporzione dei daltonici; ciò dipende soltanto dalla scelta del metodo di esplorazione o dalla maniera di eseguire il metodo scelto. Per questo tutti i metodi basati sulla denominazione dei colori debbono in generale rigettarsi. Come dice M. Spaak, la maggior parte della gente illetterata non conosce i nomi dei colori, nè in francese, nè in fiammingo. Non bisogna dunque maravigliarsi che il dott. Favre di Lione, che adopera questo metodo, abbia trovato la proporzione enorme ed erronea di 9,33 per cento.

I soli metodi razionali sono basati sulla comparazione dei colori; il migliore e il più sicuro è quello del mio dotto amico, M. Holmgren, professore all'Università di Upsala. Sventuratamente questo metodo spesso è mal compreso e peggio applicato. Generalmente ci limitiamo a leggerne la descrizione nelle opere, mentre prima di servircene è indispensabile di vederlo applicare da altri. Io stesso fui vittima di questo errore. Fidandomi delle letture fatte, intrapresi esperienze che mi diedero risultati incompleti. Allorchè assistei a quelle di Holmgren, riconobbi l'errore, e più tardi dalle mie nuove ricerche ebbi resultati eguali ai suoi.

La lettera di M. Spaak prova la verità del mio asserto. Ecco come egli

---

ostante sarà utile pei meno credenti leggerle, uscite dalla penna autorevole di persona, alla quale non si possa rimproverare di essere nuovo in questo genere di ricerche.

E quanti in buona fede pensino come il signor Spaak, modificheranno, come ne giova sperare, le loro convinzioni in modo utile per l'umanità, per le Amministrazioni che si affidano all'opera loro, ed utile eziandio al decoro professionale.

Dopo questa lettera daremo ai lettori un po' di riposo, astenendoci per qualche tempo di parlare di Daltonismo.

descrive il processo: Si dice agli operai di raccogliere in un gran mucchio di lane colorate, quelle che sono dello stesso colore, e di formarne piccole matasse. Mi perdoni il mio collega; questi sono altrettanti spropositi.

La prova consiste in questo: Si pone sopra un tavolo non un gran mucchio di fili di lana colorati, ma un certo numero di matasse assai grosse di lana colorata (40 circa); vi sono sedici colori diversi (possiamo contentarci di 13 o 14), ciascun colore è rappresentato da due o tre matasse più o meno cupe. Si mostra una matassa di un certo colore (verde per esempio), si dice agl'individui che cerchino nel mucchio tutte le matasse dello stesso colore (verde). Per essere ben compresi si fa da sè la ricerca e si mostrano agl'individui le matasse scelte; poi si mescola la collezione e si fa fare la prova all'esaminando. Se egli sceglie bene, siamo certi che non è daltonico; se s'inganna, cioè se prende con le matasse verdi altre matasse di certi colori determinati, allora lo si può supporre viziato.

Dico supporre, perchè vi sono certe confusioni caratteristiche ed infallibili ed altre più dubbie. In ogni caso si controlla la diagnosi in diversi modi; così si fa ricominciare la prova due o tre volte di seguito, si fa assistere il soggetto alle esperienze fatte dagli altri, oppure si modifica il processo nel modo seguente: gli si presenta un pacco di matasse e gli si dice di scegliere non quelle dello stesso colore, ma quelle che sono differenti; se è veggente normale, farà una scelta esatta; se è viziato, egli lascierà una o più matasse di confusione. Infine bisogna controllare i casi più dubbi applicando altri metodi, per esempio quelli di Donders, Daae, Mascwell, e i più recenti del Maréchal e del Rédard.

Aggiungo che nella prova con le lane occorrono diverse condizioni che troppo spesso si trascurano. Non bisogna contentarsi esclusivamente del risultato finale della prova, ma osservare il soggetto finchè dura l'esperienza; quello che è abituato a questo genere di ricerche potrà notare molte osservazioni futili in apparenza, ma in realtà importanti. Il daltonismo è come le altre malattie; non bisogna limitarsi ad un solo sintomo morboso, ma ricercarne il maggior numero possibile.

Riassumendo, troviamo che il metodo di Holmgren ha il vantaggio di scoprire rapidamente e in alcune persone *sicuramente* quelle che hanno il senso cromatico normale; le altre sospette di vizio, dovranno essere sottoposte ad un esame di controllo. Se, come credo, l'Amministrazione delle ferrovie porrà ad effetto le proposte fatte dalla Commissione del daltonismo, di cui ebbi l'onore di far parte (gli esami che si fanno ora non sono che preparatorii), si dovrà procedere in seguito ad esami più precisi e rigorosi. La riforma del personale delle ferrovie è necessaria? Non possiamo dubitarne: e anzitutto vi sono state disgrazie dalle quali abbiamo

potuto constatare esserne causa il daltonismo; non citerò che quella di Lagelundo in Svezia nel 1873, un'altra in America nel 1833, in cui perirono 43 persone, altre riportate dalla *Rivista delle ferrovie di Chicago* 1878 e dal *Boston Daily Advertiser* nel 1879 ecc. ecc., quante altre disgrazie non vanno attribuite alla stessa cagione? Se questa non ha potuto essere definita, ciò è dipeso dacchè sovente l'autore del disastro ne è stato una delle prime vittime, è spesso occultato; io lo so da un alto funzionario che l'inchiesta ha dimostrato essere stati buoni i segnali, ma gli agenti dicevano di non averli veduti. Mi sarebbe agevole il provare che ciò accade precisamente a certi daltonici; alcuni colori hanno un'intensità luminosa debole per loro, e in certe circostanze non li scorgono più.

Riconosco pertanto che i disastri dovuti al daltonismo non sono numerosi. La ragione è semplice: un daltonico per nascita riesce, con l'esercizio, a correggersi un poco del suo difetto, talchè finisca col distinguere i segnali non dai loro colori, ma da altri caratteri, il cui principale è l'intensità luminosa. La luce rossa è per lui un segnale meno luminoso del verde, o viceversa. Questa facoltà di distinguere è anche aiutata dalla regolarità abituale dei treni, dalla presenza di altri segnali, che permettono di giudicare per via di composizione. Ma è possibile il fidarsi a questo carattere - così variabile - dell'intensità luminosa di una lanterna per stabilire la sicurezza delle ferrovie? Questa intensità varia secondo le condizioni atmosferiche (nebbia, pioggia, neve, ecc.), dipende dalla diligenza con cui sono fatti gli apparecchi d'illuminazione, è persino influenzata dalle disposizioni individuali (è provato che i daltonici commettono maggiori errori se esaminati dopo una grande fatica fisica e intellettuale). Ne concludo che gl'impiegati ferroviarii, che per distinguere i colori non possono basarsi che sopra l'intensità luminosa, debbono essere considerati come inabili al servizio, o almeno a certi uffici.

Si esagerano a torto le difficoltà della riforma progettata. Secondo i calcoli fatti, non occorrerà nè pensionare, nè licenziare alcuno dei daltonici che saranno scoperti; si potranno tutti allogare nel quadro del personale attuale. Non bisogna perder di vista il fatto, che il daltonismo presenta una quantità di gradi. Il senso dei colori, simile alla ricchezza, è stato inegualmente repartito fra gli uomini: vi sono quelli affatto privilegiati, altri godono una modesta agiatezza, altri sono relativamente poveri; vi è infine un picciol numero d'indigenti affatto. La decisione da prendersi varierà secondo il grado del daltonismo; i più viziati debbono essere allogati in posti che non debbano occuparsi mai dei segnali; altri meno daltonici, possono essere esposti a riconoscere e sopratutto a dare i segnali; ma devono essere sorvegliati e riesaminati periodicamente.

La riforma è dunque passibile, anzi è necessaria. M. Spaak ha pesato

luminosa esercitata sulla retina che dalla qualità del colore. Corrispondentemente a ciò, la nomenclatura dei colori ha presso gli Tschuki il bene tutta la gravità della sua opposizione ad una misura tanto importante, al punto di vista umanitario ed economico? Se non si evitasse che solo un disastro per ogni quarto di secolo, saremmo già abbastanza ricompensati dei sacrifizi impostici.

Non posso dunque che rallegrarmi con l'Amministrazione delle ferrovie belghe per essere entrata risolutamente in una via, in cui la maggior parte dei paesi d'Europa l'ha preceduta. Sarà un onore per colui, che è ora a capo del dipartimento dei lavori pubblici, lo aver condotto a buon termine una riforma che può ledere alcuni interessi particolari, ma che è imperiosamente comandata dall'interesse generale.

Ancora una parola. Il dott. Spaak dice di avere interrogato molti colleghi intorno alla frequenza del daltonismo; uno solo di loro ne aveva veduto alcuni casi leggerissimi. Mi rincresce di non essere stato fra i suoi interlocutori; sarei stato lieto d'indicargli il modo di riscontrare i casi di ciò che egli crede essere un *rara avis*. Anzi gli proporrei volontieri di scegliere a caso in un gruppo di cento o duecento individui, oso rispondergli che in meno di un'ora gli avrò trovato più di un caso ben determinato e la soddisfazione di convincere il mio eccellente collega mi compenserà largamente.

Dott. MOELLER.

RIVISTE

Studi sul senso dei colori negli Tschuki del dottor ALMQUIST, membro della spedizione della *Vega*, con una nota del dottor H. MAGNUS (*Breslauer ärzh Zeitsc.*, 1880, n. 14 e 15).

L'Almquist ha studiato il senso dei colori negli Tschuki e la nomenclatura dei colori presso questo popolo primitivo analizzandola nei suoi rapporti linguistici ed etimologici, ed ha trovato che gli Tschuki in generale posseggono l'organo di distinguere i colori tanto bene quanto gli altri popoli, ma solo non hanno l'abitudine di prestare particolare attenzione ai colori; e che nessun altro colore, fuorchè il rosso, percepiscono distintamente. Mentre essi, per esempio, distinguono tutte le gradazioni del rosso con sicurezza, un verde molto illuminato pare a loro che abbia meno analogia con lo stesso tono di colore illuminato debolmente che col turchino della stessa intensità luminosa. Agli Tschuki sembra pure che tutti i colori dello spettro, eccettuato il rosso, abbiano una grandissima somiglianza, e sono molto più impressionati dalla quantitativa azione

maggiore e più caratteristico sviluppo nella sfera del rosso, mentre nella designazione degli altri colori, e specialmente del verde e del turchino, esiste una grandissima confusione.

In una sua nota il dottor Magnus avverte che questo fenomeno si osserva con mirabile costanza in tutti i popoli (come nei Nabi e nelle diverse schiatte negre) fra loro etnograficamente e topograficamente più disparati, e che solo hanno in comune l'essere stati poco o niente a contatto con la civiltà. Magnus trova quindi, nelle ricerche dell'Almquist, la conferma di una legge fisiologica, secondo la quale l'occhio non educato dei popoli incolti, benchè possegga tutte le condizioni fisiologiche per la normale percezione dei colori, tuttavia solo il rosso è solito percepire come una particolare qualità di colore, ed all'incontro giudica tutti gli altri colori dello spettro secondo le loro intensità luminose.

Posti di pratica in Psichiatria

Nuovi Manicomi si vanno erigendo in Italia e di altri è necessario l'ampliamento; bisogno sommo si ha pure di Medici che si dedichino con amore alla Psichiatria.

Il Frenocomio di Reggio per la sua posizione centrale, per i perfezionamenti materiali e morali compiutivi in questi ultimi anni, pel numero grande dei malati che contiene e che costituiscono un rilevante materiale di studio pratico, per esser la sede della Clinica Psichiatrica della R. Università di Modena, pei Laboratori scientifici di cui è fornito, per i Giornali psichiatrici che vi si pubblicano e per la ricchezza di opere e giornali attinenti alla specialità, di cui è provvista la Biblioteca, è oramai generalmente riconosciuto come il più adatto Istitutò per la istruzione teorico-pratica di questa scienza, come quello che riunisce tutte le opportunità per una completa educazione sia nella sfera scientifica della specialità, come nella tecnica manicomiale. Esso è anche perciò designato dal Ministero della Pubblica Istruzione fra gli Istituti scientifici, presso i quali possono i giovani ottenere il posto di perfezionamento agli studi per l'interno.

Chi intenda concorrere al posto di Medico praticante deve inviare l'istanza al Direttore, accompagnandola col Diploma di Laurea e con tutti quei documenti che valgono a dimostrarne la capacità.

I Medici praticanti hanno dimora nel Frenocomio, ove ricevono gratuitamente alloggio, vitto, lume, fuoco e servizio.

Gli obblighi dei praticanti sono indicati in apposito Regolamento, che la Direzione invia a chi ne faccia richiesta.

Questi posti non durano meno di 6 mesi e non più di 2 anni.

Libri ricevuti in dono.

NIEDEN A. — *Due casi rari di malattia dell'orbita.* — 1.° *Esostosi eburnea dell'orbita destra, scomparsa per l'uso dell'ioduro di potassio.* — 2.° *Emoftalmeo traumatico dell'occhio destro.*

— *Sopra la protesi dell'occhio nei bambini.*

Dott. JANY'SCHEN Augen-Klinihc di Breslavia. — *16° Resoconto annuale;* anno 1880.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1881 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Firenze, 1° Maggio 1881.

Durante tutto il mese di Aprile non ho potuto occuparmi dei miei studj abituali, e quindi non ho potuto raccogliere la materia per il *Bollettino.* Per ciò nullameno fedele alla mia promessa di far comparire il fascicolo sul tavolo dei miei benevoli Associati ad ogni primo di mese, mandò loro questo numero, direbbesi negativo, e con questo la dichiarazione che durante il mese di Maggio mi adopererò per compensarli in qualche modo di ciò che ora faccio loro mancare.

Del resto chi ricorda il mio programma, sa bene che se mi trovo solo nell' impresa, ciò dipende per essere rimasto privo di quella collaborazione e di quell'ajuto che ho chiesto più d'una volta, e che credevo di poter sperare con un po' di ragione. A. Simi.

DUE CASI DI ROTTURA COROIDALE — UN CASO DI BLEFAROPTOSI CONGENITA, CON DIFETTO CONGENITO NELLA MOTILITÀ OCULARE, *per il Dott.* E. Pereyra.

(Articolo riprodotto dallo « Sperimentale » Aprile, 1881).

Stimo non inutile pubblicare succintamente la storia di alcuni casi che acquistano un certo interesse per la poca frequenza colla quale si è avuto fin qui l'occasione di riscontrarli. Le rotture isolate della coroide non figurano infatti che raramente nelle osservazioni della pratica oftalmologica, non già perchè siano rari i traumatismi dell'occhio capaci di produrle, quanto perchè i medesimi non sempre formano soggetto di esame per il Medico-oculista.

Volendo rimanere in un terreno puramente pratico mi astengo dal discutere sul meccanismo per cui tali rotture si determinano, tanto più che sono tuttavia discordi in proposito le opinioni degli uomini più competenti in siffatto genere di studii. Noterò che nel 2° caso da me osservato, merita si tenga conto che oltre la rottura nella sede più frequente, cioè all'esterno della papilla, una pure, sebbene piccola, si trovava dal lato nasale del nervo ottico. Circa il 3° caso dirò che non tanto per la blefaroptosi, che del resto non costituisce un vizio congenito dei più rari, ma per il difetto grave di motilità che l'accompagnava, ho creduto meritasse

di essere descritto, molto più che fino ad ora pochi casi consimili si leggono registrati.

I. Rottura coroidale (1).

A. G. di Firenze, guardia di città, sostenendo una grave colluttazione riportò il 14 maggio 1879 una ferita lacero contusa alla regione sopra-orbitaria sinistra. Guarito in breve tempo della esterna lesione fu dal chiarissimo Prof. Rosati indirizzato all'Istituto oftalmico, dacchè asseriva che la vista dell'occhio sinistro aveva notevolmente sofferto.

Il giorno della nostra visita (5 giugno 1879) si nota una cicatrice quasi lineare che costeggia il margine superiore del sopracciglio sinistro per circa i due terzi esterni della sua lunghezza. Sana si trova la cornea e la sclerotica, non vi è midriasi nè paralisi di accomodazione. Trasparente il cristallino, nessuna opacità nel vitreo.

L'esame oftalmoscopico ad *immagine rovesciata* con una lente + 3 mostra una stretta rottura coroidale verso il polo posteriore dell'occhio, in dentro, e non lungi dalla papilla ottica e diretta obliquamente dall' alto al basso, della lunghezza di circa $2 \, ^1/_2$ diametri papillari. La rottura non è circondata da depositi di pigmento, nè si trova in veruna parte traccie di emorragie, di retina o di coroide.

La papilla ha un colorito normale. I vasi che ne emergono non offrono alcun cambiamento nel loro tragitto e nella parte superiore della rottura si scorgono due sottili ramificazioni vascolari delle retine che vi passano al di sopra senza alterazione.

L'acuità visiva era eguale a $^{10}/_{100}$ con + 24. (L'altro occhio è pure ipermetropico). Eravi uno scotoma centrale irregolare, e un ristringimento nella vista periferica, per effetto probabilmente della commozione retinale, il quale presentò successivamente diverse modificazioni. La sensibilità cromatica era ben conservata per i colori principali, per il color rosa diminuita.

Il malato dopo una lunga assenza tornò di nuovo a farsi visitare nel febbraio di questo anno e trovavasi allora scomparso lo scotoma centrale, libero il campo visuale, con $V = {}^{10}/_{20}$, e normale il senso dei colori.

La cura ha consistito soprattutto nelle iniezioni sottocutanee di nitrato di stricnina le quali hanno operato efficacemente contro il torpore degli elementi nervosi della retina.

Nel caso che abbiamo riferito è da notare che la sede della rottura corrispondeva a quella più frequentemente osservata, cioè dal lato temporale della papilla ottica.

(1) Questo caso fu visto insieme all'eccellentissimo sig. Dott. A. Meyer, mentre i due successivi mi appartengono.

II. Rottura coroidale.

I. C., donna di 25 anni trovandosi in ferrovia fu investita il 12 aprile 1880 da un sasso scagliato con grandissima forza contro il treno nel quale viaggiava. Il proiettile rotto il vetro della carrozza la colpì nella regione tempero-zigomatica destra producendole una forte contusione del bulbo oculare e delle parti circostanti con leggere ferite lacero-contuse dei tegumenti. La malata quando guarì del traumatismo, venne all' Istituto oftalmico lagnandosi per la diminuita facoltà visiva dell'occhio destro dal quale diceva aver visto sempre meno che dall' altro.

Ecco quanto potevo raccogliere nel primo esame che io praticavo:

Tracce di ecchimosi nelle palpebre e nella congiuntiva bulbare. Cicatrice superficiale e recente nella cute dell' angolo inferiore esterno dell' orbita. Sana la cornea e la sclerotica. Papilla molto dilatata, ma non perfettamente rotonda, punto contrattile: trasparente il cristallino. Nel vitreo qualche opacità che non impedisce di esaminare il fondo oculare. L'osservazione oftalmoscopica ad *immagine arrovesciata* con una lente di + 3 dava i seguenti resultati: Papilla ottica leggermente decolorata, circondata da una sclerectasia nella parte superiore e interna.

Dall' orlo inferiore della papilla si parte una rottura coroidale in forma di linea curva diretta in dentro e un po' in alto, della lunghezza di circa 4 diametri papillari e della larghezza di circa $1/2$ dello stesso diametro. Fra il terzo esterno e i due terzi interni della rottura si nota una larga chiazza emorragica che interrompe il decorso di un vaso della retina. Molte altre emorragie più piccole di quella; alcune della retina, altre della coroide, si trovano in prossimità del nervo ottico e della rottura coroidale descritta. Oltre questa, si nota all' esterno della papilla, un' altra rottura coroidale, ma assai più piccola diretta piuttosto verticalmente, circondata essa pure da emorragie retino-coroidali. Nient' altro si osserva nel fondo dell' occhio ad eccezione di un piccolo deposito di pigmento nella retina, verso la parte superiore e interna, e lungi dalla rottura.

L' occhio sinistro ha una miopia semplice di $1/6$; all' occhio destro invece la miopia è di 3 $1/2$ con $V = 10/100$. Vi è paralisi di accomodazione, la sensibilità per i colori non è alterata. Havvi uno scotoma centrale e un ristringimento della vista periferica in tutte le direzioni, più specialmente in alto e in dentro.

Quanto alla cura dirò che fu amministrato l' joduro di potassio per favorire il riassorbimento delle opacità del vitreo le quali del resto scomparvero dentro breve tempo. Praticai le iniezioni sottocutanee di stricnina dalle quali si era già ottenuto un miglioramento della facoltà visiva,

quando si dovettero interrompere perchè la malata fu costretta ad assentarsi.

Le instillazioni di solfato di eserina produssero una diminuzione della midriasi senza modificazione sensibile della paralisi di accomodazione.

BLEFAROPTOSI, E DIFETTO CONGENITO NELLA MOTILITÀ OCULARE.

Il soggetto di questa osservazione è un giovane di 22 anni, certo Michele Valli dei pressi di Firenze, che ha sempre goduto di buona salute e che è regolarmente sviluppato. A me occorse di esaminarlo un giorno (27 febbraio 1880) quando egli accompagnava all'Istituto oftalmico la vecchia madre affetta da cronica malattia oculare. Essa diceva di aver avuto sette figli, l'ultimo dei quali, morto a cinque mesi, presentava il difetto analogo a quello che si riscontra nel figlio di cui parliamo, nato dalla penultima gravidanza, e al pari dell'altro parto felice. La stessa donna ci avverte altresì che durante le due ultime gravidanze ebbe a provare grande prostrazione di forze, congiunta a febbri, la cui natura non è possibile rintracciare.

Ciò che forma anzi tutto la nostra attenzione è un grado di blefaroptosi assai pronunziato ad ambedue i lati cosicchè il divaricamento palpebrale non oltrepassa i 4 millimetri.

Sono poi evidenti alcune rughe profonde che solcano orizzontalmente la fronte lasciando tra i loro intervalli dense ripiegature cutanee. Mentre la tessitura delle palpebre non mostra visibili cambiamenti, la cute e i muscoli della regione frontale offrono un considerevole sviluppo. Se premendo colla nostra mano si impedisce l'azione del muscolo frontale, senza difficoltare quella dell'elevatore, notasi che il divaricamento palpebrale non si può effettuare. Questo fatto e l'assenza di modificazioni nella tessitura delle palpebre fanno ritenere che la ptosi dipenda da condizioni proprie dell'elevatore o del suo nervo.

Devesi poi ammettere che l'azione esagerata del muscolo frontale ha servito per supplire in parte quella manchevole dell'elevatore. La configurazione dell'angolo interno dell'occhio, ricorda quella di un leggero grado di epicantide dovuta in parte alla struttura delle ossa nasali come anche allo *stiramento della cute effettuato per le contrazioni del frontale* (1).

L'anomalia non si limita però alla insufficienza degli elevatori, ma in-

(1) Nella *Rivista Clinica di Bologna,* novembre 1879, viene riferito e illustrato da dotte considerazioni anatomo-fisiologiche del dottor Tartuferi, un caso di blefaroptosi da lui osservato alle consultazioni del chiarissimo prof. Magni. La spiegazione che offre il dottor Tartuferi della forma presentata dall'angolo interno nel caso da lui studiato, mi sembra anche applicabile a quello che ho descritto.

teressa altresì ad un alto grado i muscoli motori dell'occhio da ambedue i lati. Infatti le escursioni del globo non si possono effettuare, e ad eccezione di qualche moto irregolare secondo l'asse degli obliqui che sembrano conservare un residuo di funzione, del resto nessun movimento, neppure chiudendo alternativamente uno degli occhi, riesce possibile nella direzione dei muscoli retti.

Le deboli contrazioni di cui ho parlato, e che rappresentano i vestigi della capacità motrice degli occhi, ricordano quelle del nistagmo rotatorio senza avere però, come in quest'affezione, e il carattere continuo e ritmico.

Gli occhi sono regolarmente conformati. Gli assi ottici sono diretti in basso e leggermente in dentro, cosicchè malgrado la blefaroptosi l'area pupillare resta scoperta per quasi i suoi due terzi inferiori. La cornea è ovunque trasparente, le pupille sono piuttosto ampie con iride normalmente contrattile.

La refrazione leggermente miopica ($^1/_{40}$). L'acuità visiva e l'accomodazione sono normali. I mezzi diottrici trasparenti. Del resto l'esame oftalmoscopico null'altro fa rilevare se si eccettua una escavazione fisiologica piuttosto marcata nella pupilla ottica dei due occhi.

Circa le cause piu probabili del raro difetto congenito di cui brevemente ho dato la descrizione è da notare, che in quelli, fra i pochi casi fin qui osservati che furono soggetto di autopsia, si trovarono anomalìe differenti o dei nervi o dei muscoli; e come in un caso piuttosto recente, molto analogo al nostro, che si riferisce ad un malato, morto nella clinica di Heidelberg, si verificarono anomalìe nelle inserzioni dei muscoli del bulbo, le quali spiegarono i perturbamenti della motilità oculare.

RIVISTE

Effetti del pus iniettato nell'occhio, specialmente sulla retina e sulla coroidea. Ricerche sperimentali del D.r F. Falchi *(Giornale della R. Accademia di Torino)*.

Ecco le conseguenze che l'Autore trae dalle sue osservazioni e dalla sua memoria:

1° Che l'azione del pus sulla retina e sulla coroidea provoca una retinite e coroidite purulenta.

2° Che l'*iperplasia del connettivo retinico e coroideo* nella retinite e coroidite purulenta è il *periodo intermedio di passaggio fra i primi periodi delle infiltrazioni cellulari e fibrinose, accompagnate qua e là da emorragie, e il finale processo d'atrofia della retina e della coroidea.*

3° Che la retina subisce le più gravi distruzioni in seguito al morbo provocato dal pus; mentre la regione dei grossi vasi della coroidea è quella che presenta le minori alterazioni.

4° Che la papilla soffre le stesse alterazioni della retina.

5° Che la cornea presenta perdita quasi completa d'epitelio e della elastica anteriore, e nella metà anteriore del suo tessuto numerose cel-

lule linfoidi e connettive, vasi sanguigni neoformati, destritus e talune cellule in degenerazione granulare, mentre la retina e la coroidea sono in via di atrofia.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Seduta del 22 febbraio 1881

Presidenza di M.r S. GERMAIN.

M. DELENS legge un rapporto sopra una osservazione del signor Dott. Brèchemier intitolato: *Edema maligno delle palpebre, curato mediante iniezioni d'iodio dopo una cauterizzazione senza risultato.* L'ammalato, in età di 33 anni, fu dapprima affetto da edema roseo delle palpebre. Questo edema è molle dappertutto fuorchè al livello dell'angolo *esterno* dell'occhio; ivi è di una *durezza di legno;* l'esistenza di questa durezza non permette di dubitare nella diagnosi di edema maligno. Ma invano M. Brèchemier adopera la potassa caustica e il cauterio attuale; l'edema molle, invadendo tutta la faccia, si estende rapidamente fino alla clavicola, e l'edema legnoso progredisce con la medesima rapidità. Allora M. Brèchemier ricorre alle iniezioni interstiziali iodate. Sotto l'influenza benefica di questa cura, il campo dell'edema legnoso si restringe rapidamente; poi l'edema molle si restringe alla sua volta e ne avviene la guarigione. La conclusione si è che in casi simili le iniezioni iodate interstiziali praticate nei tessuti induriti valgono meglio della cauterizzazione stessa; ma quantunque non sia possibile dubitare della diagnosi, convien dolersi che non si abbia pensato di ricercare i batterj.

M. ANGER ha recentemente avuto in cura un edema maligno della faccia, e il termo-cauterio è bastato a produrre la guarigione. Anger insiste sopra il fatto che in questo caso di edema maligno dei più dichiarati, gli fu impossibile riscontrare il minimo microbio carbonchioso.

M. DESPRÉS. Il pronostico dell'edema carbonchioso varia moltissimo secondo che vi è o no pustola maligna. L'edema maligno propriamente detto (che è dovuto all'assorbimento per la congiuntiva dell'agente infettivo) sfida la terapeutica; non guarisce che nei soggetti giovani, e in prova del suo dire M. Després cita una osservazione di edema maligno in un bambino di undici anni. Quanto all'edema carbonchioso che si accompagna alla pustola maligna, guarisce facilmente e talvolta coi mezzi più anodini; (?) la cauterizzazione soprattuto, sia che risulti dall'azione del ferro rosso o da quella del sublimato, fa maraviglie in simili casi. Essa sarà sempre superiore alle iniezioni d'iodio, e i malati guariranno sempre, se cauterizzati rapidamente. Quanto al carbonchio senza battèri, M. Després non ci crede.

M. Anger. Le pustole maligne non si rassomigliano; ve ne sono di leggerissime e di gravissime; ve ne sono alcune che guariscono da sè, spontaneamente, per così dire, senza medicatura attiva o dopo alcune applicazioni di alcool. Dovrebbesi tener conto di queste differenze nell'apprezzare i diversi modi di cura, onde non si attribuisca alla cura quello che soltanto appartiene alla malattia.

M. Trélat. La pustola maligna è un'affezione con diverso pronostico. Ciò è tanto vero che M. Briquet ha dichiarato a M. Trélat stesso di non aver mai veduto che una pustola maligna produca la morte, anche se abbandonata a sè stessa. Senza dubbio questa asserzione è un poco esagerata; non pertanto ne risulta che le pustole maligne non son fatte tutte sullo stesso modello, e questa diversità nella loro evoluzione spiega le controversie terapeutiche. La pustola maligna risulta dalla penetrazione di parassiti in un punto dei tegumenti; questi parassiti o muoiono sul luogo o richiedono di esser distrutti. Finora lo strumento eroico di questa cauterizzazione è stato il ferro rovente, ma se il ferro rovente è ottimo, bisogna perciò concludere che non vi siano altri mezzi egualmente buoni? Sarebbe ragionevole di non tener conto dei risultati nuovi, e rigettare le iniezioni di iodio, che hanno fatto le loro prove, col pretesto che abbiamo il cauterio attuale? Da quando mai fu proibito di avere all'arco due corde?

M. Després. Senza dubbio le iniezioni d'iodio possono vincere la pustola maligna; ma non si sono guarite pustole maligne con infusioni di foglie di noce, con emeto-catartici, con mignatte? Non si vedono pustole maligne guarire senza cura? Nulla vale la cauterizzazione; e M. Després diffiderà sempre delle iniezioni iodate, perchè se gli si presentano i resultati favorevoli a questo metodo, è probabile che si nascondano accuratamente i disastri.

M. Farabeuf. M. Després ha biasimato a torto le foglie di noce; io stesso le ho viste far maraviglie a Provins nelle mani di un pratico, che non era soggetto ad errori in fatto di pustola maligna, il dott. Raphael. Vi sono senza dubbio pustole maligne, che guariscono quasi senza cura. Ma come distinguerle da quelle che esigono una intervenzione attiva, e in quali casi si adotterà l'astensione?

M. Trélat. I resultati dell'esperienza del laboratorio e i fatti clinici sono d'accordo nel dimostrare l'efficacia delle iniezioni d'iodio. Si possono dunque adottare senza timore, ma anche senza dimenticare che insieme a loro e al di sopra di loro esiste un mezzo dei più attivi, la cauterizzazione.

M. Giraud-Teulon legge un rapporto sopra una osservazione del signor dott. Masse di Bordeaux tendente a dimostrare la patogenesi di

certe cisti iridée. Un uomo è affetto da una ferita penetrante della cornea con ferita e apertura dell'iride stessa; malgrado la violenza del traumatismo le conseguenze immediate sono benigne; la vista, dapprima alterata, si ristabilisce; il cristallino si mantiene trasparente e le parti profonde non sono sede di alcuna alterazione. Frattanto un pelo di palpebra portato dall'urto è rimasto piantato sull'iride. Dopo quattro mesi appariscono sull'iridè due punti di un bianco perla, dei quali uno resta piccolo, l'altro prende un certo volume e dal suo centro emerge il pelo di palpebra in questione. Queste, secondo M. Masse, sono le cisti dell'iride.

Secondo M. Giraud-Teulon esistono tre varietà di cisti iridee: 1° le cisti con parete interna epiteliale e contenuto serioso; 2° cisti dermoidi, che racchiudono o no mucchi di peli fini; 3° cisti di aspetto bianco e trasparente che non sono cisti propriamente dette, ma tumori aventi tutta la struttura degli epiteliomi perlati. Questi ultimi tumori sono stati descritti da Mercuyer, e in questa categoria si devono mettere i piccoli tumori iridei dell'ammalato di M. Masse. Ciò che lo prova è l'impianto del pelo di palpebra nel più voluminoso di questi tumori; come spiegare infatti che esso siasi incorporato ad una cisti! Questo fatto non si concilia neppure con l'idea di un neoplasma. Questi tumori iridei hanno spessissimo (83 volte sopra 100) origine traumatica; risultano dal trasporto nella camera interiore con lo strumento vulnerante, di una piccola quantità di epitelio congiuntivale; questo epitelio s'innesta sull'iride, e di qui il tumore. Similmente si vedono questi elementi distaccati di un glioma di retina cadere e proliferare sopra il terreno oculare.

Dalle esperienze di M. Masse risulta in gran parte la conferma di questa teoria dell'innesto; egli ha potuto nelle esperienze produrre cisti iridee sopra animali, introducendo follicoli pelosi nella camera anteriore; ma basandosi sopra il fatto, che nella osservazione clinica di M. Masse si tratta bensì della introduzione di un pelo, ma di un pelo sprovveduto del suo bulbo, M. Giraud-Teulon combatte la diagnosi della cisti dell'iride e ammette piuttosto quella di epitelioma perlato avente a cagione un innesto epiteliale.

M. Anger ha avuto occasione di fare esperienze sopra l'innesto dei tessuti; egli ha visto spesso riuscire l'innesto e formarsi prodotti nuovi, ma sempre ha veduto riassorbirsi questi prodotti nuovi. I tumori iridei dell'ammalato di M. Masse, avendo la stessa origine non potrebbero pure avere la stessa evoluzione ed alla fine riassorbirsi?

(*Progrès Médical,* 12 marzo 1881).

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1881 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

CONTRIBUTO ALLA CURA DELL'ULCERA SERPIGINOSA

E ALLO STUDIO DELLA SUA PATOGENESI

pel Dott. Girolamo Danesi

Pubblico volentieri il seguente caso di guarigione di ulcera serpiginosa della cornea, senza aver fatto ricorso alla paracentesi attraverso l'ulcera stessa, e lo aggiungo agli altri casi, di cui faccio parola nel N. 12 del *Bollettino* dello scorso anno 1880, per confermare come si possa trionfare di questa grave affezione senza l'estremo espediente della paracentesi, ma semplicemente con una cura medica antisettica, o meglio aseptica, e per mostrare appunto che la paracentesi non è po'poi nè l'unico mezzo di cura, nè tampoco assolutamente l'indispensabile.

Ecco: il 4 di aprile del corrente anno veniva alle mie consultazioni un giovane, certo Cenderelli Giòvanni di Carrara, di anni 29, cavatore di mestiere, di temperamento sanguigno-arterioso, di buona costituzione. Riscontrai all'occhio destro quanto appresso: palpebre rosse e gonfie per edema, specialmente la superiore, congiuntiva bulbare fortemente iniettata e tumefatta, con chemosis sieroso così pronunziato da sorpassare di molto il livello della cornea più specialmente nel segmento superiore esterno della medesima; su di essa, in alto, a partire dalla estremità del meridiano verticale, e giù sino alla estremità esterna del meridiano trasversale, si estendeva lungo la sua periferia, un'ulcera curvilinea, a fondo torbiccio grigio, per necrobiasi degli elementi corneali; camera anteriore normale, iride sana (1). — Con ciò grande fotofobia; presentemente assenza di dolori ciliari, ma nei giorni precedenti erano stati vivissimi: col progredire del male essi si erano assopiti; però quel che angustiava sempre e fortemente l'infermo,

---

(1) Faccio notare al mio egregio collega questo fatto della camera anteriore normale e iride sana. Simi.

era un' intensa nevralgia sopraorbitaria, la quale, col progredire del male, s'era invece fatta di mano in mano più intensa. La malattia datava da 5 giorni.

Incoraggiato dai buoni successi altre volte ottenuti, non esitai a metter mano alla solita cura: applicazione dentro al sacco congiuntivale della pomata all' acido fenico la mattina e la sera pomata all' acido borico, tutte e due della composizione dell' uno su 100: con ciò somma nettezza della parte, e per bocca qualche pillola d' aloe come revulsivo, e 2 grammi di salicilato di soda per giorno, affine di favorire la circolazione. Subito, i primi giorni, notai l' arresto della malattia, e per un lungo periodo fu quasi stazionaria, cioè dal 4 fino al 15 del mese; dopo incominciò gradatamente a dar segni di miglioramento; detumefacendosi le palpebre e la congiuntiva, scemando il chemosis, calmandosi i dolori al capo; e l' ulcera intanto entrava in via di riparazione: oggi, 10 maggio, non rimane più che una leggerissima iniezione della congiuntiva bulbare, e, nel luogo dell' ulcera, una striscia biancastra, che è il tessuto connettivo di nuova formazione; sicchè si può ritenere il Cenderelli completamente guarito.

Prendo argomento da questi fatti per fare alcune riflessioni in proposito dell' ulcera serpiginosa; e in primo luogo; riguardo alla sua patogenesi e natura; dico ch' essa è di formazione tutta meccanica, e che quanto alla sua natura essa è tutt' altro che maligna come anche fu chiamata, chè se ha carattere invadente, se può far temere la necrobiosi della cornea intiera, non è per sua propria natura come se essa fosse focolaio, matrice di organismi micidiali, di speciali vibrioni e batteri, ma solamente per ragione anatomica. La mortificazione degli elementi nella cornea dipende dall' intercettamento della circolazione del liquido nutritizio per quella compressione, e quindi strozzamento che si fa alla sua periferia, quando, per una causa qualunque, anche reumatica, si sviluppa rapidamente una forte

congiuntivite con notevole chemosis sieroso e siero-sanguigno; e infatti l'ulcera appare sempre da quel lato della cornea che la congiuntivite è più forte. Sicchè i progressi dell'ulcera stanno in rapporto coi progressi della congiuntivite; onde se la flogosi congiuntivale tende a girare colla medesima intensità tutto intorno alla cornea, l'ulcera altresì; e allora è naturale che la cornea, mancando pel detto strozzamento, di sufficiente nutrizione corra rischio di cader gangrenata tutta quanta.

E in secondo luogo, riguardo alla cura, son d'avviso che l'indicazione principale è quella di combattere lo stato flussionario, congestivo della congiuntiva, affine d'impedire, o almeno scemare lo strozzamento alla periferia corneale, e ciò sia con mezzi generali, sia con mezzi locali. Fra questi ultimi; oltre quelli da me usati; l'acido borico e l'acido fenico, come astringenti ed aseptici; credo che sarebbero utili le scarificazioni sulla congiuntiva: anzi, per conto mio, dichiaro di eseguirle non appena l'occasione mi si ripresenta.

Concludo:

1° che l'ulcera serpiginosa è per natura un'ulcera semplice, e che la sua gravezza è soltanto di ragione anatomica, meccanica;

2° che la sua causa è la compressione, quindi lo strozzamento, quindi l'intercettamento alla circolazione dei liquidi nutritizii, per brusco sviluppo di intense flogosi congiuntivale e episclerale;

3° che, come l'osservazione clinica dimostra, l'ulcera serpiginosa si trova sempre dal lato che la flogosi congiuntivale e episclerale ha sede, oppure da quello che essa è più intensa, cioè tale da operare detto intercettamento;

4° che la cura deve esser diretta, per impedire i progressi dell'ulcera, a toglier di mezzo lo strozzamento suddetto, per ristabilire la libertà della circolazione; e ciò coll'opporsi allo stato congestivo della congiuntiva;

5° che il parassitismo, sia come causa determinante, sia come causa aggravante, da conferirle cioè una natura speciale, maligna, è proprio una chimera (1).

RIVISTE

1. L'olio di ginepro (Huile de Cade) è un eccellente antiseptico nelle malattie oculari, *per il Dott.* GALEZOWSKI. — *Recueil d' opht.*, Maggio 1881.

L'A. fa osservare che, l'occhio non sopportando l'acido fenico, in oculistica l'antiseptico il più usitato è l'*acido borico*. Ed egli lo ha usato molto, con vantaggio nei primi tempi, ed esponendosi a degli insuccessi in progresso. Dopo le operazioni di cateratta le meglio riuscite, egli ad onta dell'acido borico ebbe delle iritidi ed irido-coroiditidi suppurative. Nelle ottalmie purulente lo trovò senza alcuna efficacia. Lo stesso per lui è a dirsi del borato di soda.

L'A. pensò all'Huile de Cade ricordandosi del profitto che ne avevano rilevato Bazin e Hardy nelle malattie cutanee parassitarie.

Da più anni l'A. ha fatto notare l'insufficienza della terapeutica delle oftalmie purulente che osservansi nei bambini scrofolosi e linfatici quali egli ha descritto sotto il nome di *oftalmia purulenta dei bambini scrofolosi*. Ora appunto in queste forme ha usato l'*Huile de Cade* da prima puro, e poi associato alla Vaselina. Ed i resultati che ne ottenne sono pronti e belli, nè gli mancarono una volta sola.

Quando la congiuntivite comincia a prendere i primi caratteri dell'oftalmia purulenta, l'A. sospende le cauterizzazioni e comincia ad introdurre fra le pelpebre 3 o 4 volte per giorno in copia la pomata seguente:

Pr. Vaselina . . . . 10 grammi
Olio empireumatico di ginepro . . 2 »

La cura deve continuarsi per più giorni di seguito e con grande perseveranza fino alla cessazione completa della suppurazione. Ma se la malattia è stata combattuta in principio possono bastare a guarirla 3 o 4 giorni. Se la cura cominciò più tardi conviene continuarla 8 e 10 giorni.

Da questi resultati l'A. si mosse per studiare l'azione di questo medi-

(1) Parmi che le conclusioni del Dott. Danesi siano molto discutibili, ma non ostante ho dato corso al suo lavoro perchè voglio restare fedele al programma del giornale. E siccome stimo altamente l'egregio Danesi mi propongo di venire a polemica con lui su questo argomento, appena che io ne abbia il tempo. SIMI.

camento nelle altre oftalmie purulente e nelle cherato-iriti consecutive alle operazioni di cateratta e ne è rimasto soddisfattissimo.

Una ottalmia blenorragica si arrestò in 24 ore. Una cherato-iritide suppurativa con incipiente panoftalmia, si arrestò il giorno dopo l'uso del medicamento.

D'ora innanzi l'A. avrà, preparata da M. Miahle, un'acqua distillata di olio di ginepro che sarà un'acqua antiseptica per le lozioni e le applicazioni delle compresse agli occhi.

2. **Sul metodo più pronto, semplice e sicuro per scuoprire il Daltonismo,** E. Cohn *(Berliner Klin. Wachgt, 1881, N. 19).*

L'A. passa in rassegna i tre metodi obiettivi:

a. Campioni di scelta.
b. Campioni di contrasto.
c. Campioni pseudo-cromatici.

a. (Metodo di Seebeck o di Holmgren). Il metodo ha molto giovato all'autore esaminando i bambini delle scuole; ma quando lo vuole applicare agli adulti gli è sembrato fallace. Egli vide un mercante di seta che lamentavasi di non poter distinguere certe scalature rosse e scure, e che messo all'esperimento delle lane di Holmgren non faceva il minimo errore nè nel rosa, nè nel verde; anzi rideva degli errori di un altro daltonico. Costui accusava il suo difetto facendogli leggere le lettere di Stilling (ultime edizioni).

Le polveri colorate non hanno alcun vantaggio sulle lane.

Conclusione: « Ond'è per me fuor di dubbio che nel primo esame coi campioni di scelta i daltonici sfuggono alle nostre ricerche. »

b. Il metodo messo in pratica con modi diversi ed ultimamente con le tavole di Pflüger non è raccomandabile secondo l'A., perchè il dissimulante può facilmente imparare a memoria quelle poche lettere.

c. Le ultime tavole di Stilling corrispondono perfettamente alle maggiori esigenze. Nell'ultima edizione vi sono tre tavole, delle quali la tavola I ha lettere rosa sopra fondo grigio, la tavola II le ha rosse sopra fondo scuro e la tavola III le ha rosa sopra fondo verde. Sono senza lucido e non sono trasparenti.

Incominciando l'esame con la tavola III, che anche un daltonico deve leggere, chi afferma non poterle leggere è simulante. Chi legge, intanto, impara come le lettere delle tavole I e II sono disposte sui fondi, e così rimane inutile ogni spiegazione (1).

La tavola I, non è interamente soddisfacente e qualche daltonico l'ha potuta leggere.

(1) È questa una cosa di utilità pratica grandissima che io stesso ho potuto riconoscere. Simi.

La tavola II *è senza difetti e tecnicamente è addirittura perfetta.* Nessun daltonico arrivò finora a leggerne una sola lettera.

Conclusione: Chi non legge questa tavola non ha normale il senso del colore. Non vi può essere altro metodo più semplice e più sicuro.

3. **Azione locale dei midriatici e dei miotici.** — Nel N.° 657 del giornale la *Tribune Médicale* si continua per i signori Filtz-Girald e Laborde un lavoro su le ricerche sperimentali, per constatare il modo d'azione fisiologica delle sostanze medicamentose che agiscono sulla pupilla.

È dimostrato, essi dicono, che l'azione di queste sostanze su gli elementi contrattili dell'iride è affatto indipendente da ogni intervento del sistema nervoso: però dopo che diversi autori, come W. Krause, Muller Sdhweiger, Sæmich, citati anche da Donders, hanno ammessa l'esistenza di cellule gangliari, o di veri piccoli gangli infrairidei, convien domandarci se la contrazione delle fibre muscolari dell'iride non sia punto sotto la dipendenza di questi gangli, influenzati alla loro volta dalle sostanze medicamentose instillate nell'occhio; lo che appunto ammette Donders per spiegare l'azione locale periferica dei midriatici. Or bene, gli autori del presente articolo, senza negare che quei gangli siano affatto estranei alla produzione del fenomeno, dicono che per osservazioni loro proprie esso si deve all'azione diretta esercitata dalle sostanze medicamentose sulle fibre muscolari. E infatti si può eccitare la contrattilità dell'iride mediante una corrente elettrica d'intensità progressiva anche sopra un occhio estratto dall'orbita di un animale vivente, quando è scorso il tempo medio della sopravvivenza dell'eccitabilità nervosa; come pure si eccita la midriasi in un occhio, che sia in queste stesse condizioni, instillandovi dell'atropina. Un'altra prova l'abbiamo nel fatto che l'ergotina, la quale, dopo l'esperienza di Laborde e Peton si sa avere azione su la fibra muscolare liscia senza intervento alcuno del sistema nervoso, instillata nell'occhio determina prontamente la miopia. Sembra peraltro che la condizione, *sine qua non*, dell'azione locale di queste sostanze sia la penetrazione per assorbimento nella camera anteriore. Hanno dimostrato ciò le esperienze di Gräfe, di Donders e di Ruete, i cui risultati sono stati confermati da Gosselin, si è veduto cioè che se dette sostanze medicamentose non fanno altro che bagnare la superficie corneale, senza venire assorbite, rimangono senza effetto. Ora affinchè avvenga l'assorbimento pare faccia d'uopo che la sensibilità della cornea non manchi. Infatti dopo il taglio del 5° paio, quindi l'abolizione di sensibilità della cornea, l'atropina non provoca più la midriasi, perchè le condizioni dell'assorbimento nell'occhio sono modificate in guisa che più non avviene. E in queste stesse condizioni gli autori hanno provato a iniettare nella camera anteriore le so-

stanze medicamentose, ma il resultato fu negativo. Laonde bisogna concludere che dette sostanze esercitano la loro azione direttamente su la fibra muscolare, purchè però sia integra la sensibilità corneale, e purchè le condizioni del sistema nervoso della cornea e dell'iride siano tali da permettere l'assorbimento. — Ma qui ci si potrebbe domandare se in un occhio estratto dall'orbita di un animale vivente le condizioni del sistema nervoso siano ivi ancora tali da permettere l'assorbimento. A me pare che in quest'argomento vi sia sempre del buio, e, quel che è peggio, del contraddittorio.

Dott. G. Danesi.

4. **Nota intorno alla cura dello stafiloma trasparente della cornea,** *per il Dott.* Gaetano Del Toro. — *La Cronica oftalmica de Cadiz,* Maggio 1881.

Dopo che Scarpa descrisse lo staffiloma trasparente della cornea, quantunque senza ben determinare la sua vera natura, si è notevolmente sviluppata la conoscenza di cotesta malattia, che ultimamente fu oggetto degli studi di Bowman, di Wecker e di Warlomont. Nella patogenesi dello staffiloma trasparente come in quella dell'opaco agiscono due fattori principali se non unici, vale a dire, l'eccesso della pressione endo-oculare e un certo stato di cheratomalacia. Quando esistendo il primo elemento, manca il secondo, il globo dell'occhio offre la resistenza normale; lo che accade nel glaucoma; quando al contrario la cornea si rammollisce, ma la tensione oculare è eguale a uno, allora potrà sopravvenire una certa alterazione nella trasparenza della cornea e forse un po' di lesione inflammatoria; ma non mai staffiloma.

Tenendo ora conto dell'esistenza di cotesti elementi patologici, potrà stabilirsi una cura determinata.

Graefe, Bowman, Warlomont e Galezowski si sono opposti ad uno solo di questi elementi, escindendo una piccola porzione di cornea, sia col coltelletto lineale, sia col trapano oculare e i resultati non potevano a meno di essere non duraturi. La doppia iridesi di Critchett tende a sostituire uno staffiloma unico con una ectasia multipla, senza calcolare che la iridesi è talvolta cagione di ciclite e alla lunga produce l'oftalmia simpatica.

Fino dal 1863 io praticai la escisione di un piccolo lembo cheratico e poco di poi combinavo cotesta escisione con una iridectomia e dei resultati che ne ottenni ho parlato assai distesamente nel mio trattato delle malattie degli occhi; questi resultati furono soddisfacentissimi. Mediante la iridectomia diminuisce la pressione endo-oculare, il lavorio necessario per la cicatrizzazione della cornea escisa e la cicatrice correggono la cheratomalacia, specialmente se si combina cotesta cura con un regime igienico terapeutico restauratore, poichè è da sapersi che lo staffiloma conico si riscontra quasi sempre in individui gracili o molto indeboliti.

Parmi dunque che la questione sia risoluta nel modo che ho esposto. Inoltre da qualche tempo a questa parte ho fatti molti tentativi di cauterizzazione ignea nelle affezioni della cornea principalmente, ed ho potuto sostituire la escisione del piccolo lembo con la distruzione del medesimo col termocauterio di Paquelin, dimodochè l'esito ha superato le mie speranze.

Dodici o quindici giorni dopo praticata la iridectomia io distruggo con un coltelletto finissimo di Paquelin arroventato al bianco, il vertice della cornea conica, operazione facilissima, quasi istantanea poco o nulla dolorosa, applico una fasciatura compressiva che deve rimanere per quindici giorni e in questo periodo di tempo si ottiene la guarigione restando una leggiera nebbia appena percettibile. Questa cauterizzazione ha in pari tempo manifesta influènza sopra il rammollimento esistente nella cornea.

È questa una nuova indicazione della cauterizzazione ignea che sottometto volentieri alla sperimentazione clinica, sperando che questo mezzo verrà praticato dai miei colleghi che ne otterranno debito resultato. Devesi avvertire che appena il coltelletto arroventato tocca la cornea, ha luogo la distruzione della parte toccata, per cui il tocco deve essere rapidissimo, altrimenti il coltelletto potrebbe penetrare nella cornea anteriore e cagionarvi guasti importanti.

Spero che questa breve nota possa contribuire a stabilire definitivamente la nuova indicazione che propongo.

NOTIZIE

Dono della Libreria medico-chirurgica del fu Prof. Ferdinando Zannetti.

Con sentita compiacenza dell'animo nostro annunziamo come i Nepoti eredi dell' Illustre Defunto, abbiano con generosa liberalità determinato donare al Regio Arcispedale di S. Maria Nuova i libri medici appartenenti già al loro bene amato Zio, perchè siano aggiunti alla ricca Biblioteca che l' Opera Pia già possiede e vengano così adoperati ad utilità pubblica.

Tal dono è sempre più da valutarsi in quanto sappiamo come l' Illustre Scienziato, non abbia potuto lasciare, per la sua grande liberalità verso i bisognosi, doviziosa sostanza agli eredi, come si sarebbe potuto credere in proporzione dei non piccoli guadagni fatti nel corso di una vita professionale lunga, operosa e giustamente apprezzata. *(Sperimentale).*

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1881 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

CAUTERIZZAZIONE IGNEA DELLA CORNEA

Gli oculisti non hanno certamente per cosa nuova l'ardita terapia della cauterizzazione ignea in alcuni morbi della cornea, ed i lettori del *Bollettino* hanno potuto leggere nelle nostre pagine i resultati ottenuti con questo mezzo da molti clinici.

Ma nuova riuscirà per essi la notizia della conversione di chi scrive queste linee, e che finora aveva mostrato di accogliere con diffidenza questa medicatura. Tanto è vero che tutti ci possiamo trovare sulla via di Damasco!

Una donna del contado florentino, sana e robusta, nutrice al decimo mese, racconta che or fa un anno sentì ad un tratto, prima una molestia e poi un acuto dolore all'occhio sinistro. Essa si coricò nella speranza che fosse vero quello che si suol dire dal popolo che a certi mali dormendoci su, non è altro; ma nel giorno dopo l'occhio era rosso, gonfio e dolente sicchè le toccò di mandare per il medico.

Che cosa questi facesse o che dicesse io lo ignoro completamente, ma fatto sta che in capo a più mesi e malgrado medicature svariate l'occhio non guariva, ed or fanno tre mesi, o quattro, io la trovai nelle condizioni seguenti: Nel segmento inferiore della cornea era un'ulcera a fondo in gran parte trasparente, ma in parte pultaceo, curva come il contorno corneale, cioè a mezza luna. Aveva le corna volte all'insù e terminavano in una leggerissima escavazione ed in una sola mancanza dell'epitelio, come se ivi l'ulcera non si fosse approfondita nel tessuto cheratico quanto nella parte centrale della sua estensione. E qui aveva l'altezza di 2 mm. L'orlo convesso, in rapporto con la congiuntiva aveva una lievissima vascolarizzazione e trovavasi in un piano posteriore per il rigonfiamento della congiuntiva congestionata. L'orlo concavo volto verso la pupilla era un po' irregolare ma trasparentissimo e rilevava

sul fondo dell'ulcera quale uno scalino tagliato nel tessuto cheratico. La camera anteriore ed il suo contenuto erano nelle condizioni le più normali possibili, e normale era l'iride della quale se qualche particolarità patologica poteva notarsi, era un'appena apprezzabile diminuzione del diametro pupillare confrontato con quello dell'occhio destro.

L'inferma accusava delle forti algie del 5° paio, e diceva che quella ulcera andava allargandosi; ma più specialmente allungando le sue estremità.

Nessun catarro inquinava il sacco congiuntivale, nè alcun disturbo delle vie lacrimali interrompeva il regolare sgorgo al liquido lacrimale.

Quest'ulcera cronica perchè era tanto ribelle? perchè progrediva in quella forma? come poteva aversene ragione?

Del modo e della direzione con la quale l'ulcera aumentavasi poteva forse darsi una spiegazione anatomica, e della mancanza di riparazione poteva addebitarsi la pochissima irritazione e la poca nettezza della parte. Onde ne parve indicato toccare l'ulcera col nitrato d'argento, e ciò per mezzo di rotolini di carta umida strofinati sulla pietra infernale.

Questa cura non corrispose per nulla; anzi l'ulcera si dilatò assai, perchè si fece più larga e colle corna raggiunse il diametro trasverso della cornea; e quantunque avesse acquistato un fondo perfettamente retto e trasparentissimo, non mostrava in alcun punto iniziato il processo della riparazione.

Ne parve a questo punto che convenisse troncare ogni indugio, e si praticò lo squarciamento dell'ulcera, alla maniera del Saemisch. Introdussi un coltellino di Graefe nella estremità esterna dell'ulcera, traversai la camera anteriore contropungendone la parete ove corrispondeva l'altra estremità dell'ulcera stessa: e poi recisi tutta l'ulcera costituendo un largo lembo di cornea come nella estrazione a lembo classico. Per tre giorni consecutivi impedii la rico-

stituzione della camera anteriore, vuotandola dall'umor acqueo ad ogni medicatura, e medicai sempre con pomata di eserina in vaselina.

Dalla operazione non ebbi inconveniente di sorta, ma non ebbi nemmeno alcun miglioramento, e quando permisi alla camera anteriore di riformarsi, l'ulcera non era aumentata ma non aveva alcun principio di riparazione.

In quei giorni mi toccò di vedere un giovine da me visitato in consulto qualche tempo avanti in condizioni simili a quelle attuali della mia cliente. Aveva approvato si facesse il taglio di Saemisch; ed ora mi ritornava con la cornea distrutta dall'essere stata serpeggiata tutta dalla erosione. Per il che io non poteva ora, nella mia cliente, aspettare di più a dare mano alla cauterizzazione.

Presi un uncino da strabismo; perchè non era provvisto di special cauterio; lo riscaldai a bianco sopra una lampada ad alcool e con quel ferro rovente cauterizzai la massima parte dell'ulcera, senza però avere il coraggio di spingermi sulla cornea sana. Ma quando l'indomani trovai che l'occhio aveva sopportato benissimo quella energica medicatura e che non vi era nemmeno iperemia dell'iride, e poichè calcolai e vidi che l'azione utile del cauterio mi sarebbe sfuggita, ove non avesse raggiunto le parti sane, ripetei la cauterizzazione, e misi due bottoni di fuoco all'estremità dell'ulcera ed una striscia sottilissima all'orlo superiore.

Il fermarsi del male fu come per incanto, e dopo 8 giorni licenziai l'inferma con l'ulcera in completa riparazione e senza inconveniente alcuno.

Ritornata essa in famiglia, dopo 15 giorni fu presa da nuovo dolore, e per questo tornò a farsi visitare. Nella parte di mezzo della nuova sottile e tenera cicatrice si vedeva una nuova piccola erosione. Ebbi pronto il mio cauterio e rifeci la solita medicatura; ed ora sono assicurato che la guarigione non tarderà ad essere completa, perchè si è formata una buona e solida cicatrice.

I BAGNI DI MARE NELL'OTTALMIA SCROFOLOSA

Nell'anno passato io dissi quello che pensava dei bagni di mare nell'ottalmia scrofolosa, ed emisi la mia opinione, basata sopra molti fatti osservati e studiati in lungo periodo di tempo. Non tutti i pratici trovarono accettabili le mie opinioni e vi fu anche chi mi mosse aspra censura. Ciò mi rende doveroso di studiare il quesito nuovamente, e dare più larga base alle osservazioni: ma poichè ormai esercito la professione lungi dalle rive del mare, così nuove osservazioni mie è difficile che io ne accumuli, e mi vedo costretto ad utilizzare quelle degli altri.

Ora, le prime che mi capitano sott'occhio sono quelle consegnate dall'egregio prof. Berruti nella Relazione per l'anno X dell'Ospizio marino piemontese (1) e me ne approfitto tosto, dandone riassunto numerico ai miei lettori. A colpo d'occhio queste osservazioni riuscirono contrarie alla mia tesi, ma questa non è una ragione perchè io non mi presti a diffonderle, e se sarà il caso di criticarle, questo verrà fatto più tardi.

Copiando i numeri che trovo consegnati in diversi specchietti di quel lavoro, mi risulta il quadro seguente:

	Ammessi	Guariti completam.	Quasi guariti	Migliorati sensibilm.	Stazionari
Blefaro-congiuntiviti strumose	14	5	6	3	—
Cherato-congiuntiviti	14	3	8	3	—
Ectropion.	1	—	—	—	—
Leucoma scrofoloso .	11	2	9	1	—
Ottalmie strumose varie	16	5	9	—	—
Staffiloma	1	—	2	—	—

Io diceva che il lavoro dell'egregio scrittore mi dava torto, perchè sopra 58 scrofolosi e malati d'occhi che hanno frequentato il mare, non uno è peggiorato. Di tal che se può farsi ancora la questione della maggiore o minore utilità

(1) *Ospizi Marini Piemontesi.* Relazione sanitaria ed amministrativa per l'anno 1880. — Torino, 1881, tipografia Roux e Favale.

del mare a questi speciali infermi, sembrerebbe eliminato il dubbio che il mare fosse loro in qualche modo nocivo.

Se non che, aiutandomi con i dati che lo stesso scrittore ci offre nel suo lavoro, se io cerco di convertire quelle cifre in malati veri e viventi, credo che il resultato potrà variare di molto, e se non in modo assoluto in modo relativo.

Chi erano ed in quali condizioni erano i 14 individui affetti da blefaro-congiuntivite strumosa? (*Continua*).

RIVISTE

1. **Discromatopsie patologiche e sue differenti varietà**, *per* GALEZOWSKI. (*Société de biologie,* seduta 28 maggio 1881).

L'importanza dell'argomento, ed il valore clinico del chiarissimo Autore, mi decidono facilmente a riprodurre le notizie seguenti, quantunque delle medesime, i lettori del *Bollettino* ne abbiano avuta altre volte contezza.

È indiscutibile, oramai, che in molte affezioni oculari si manifestano alterazioni del senso cromatico: e possiamo anche sostenere che la facoltà cromatica può modificarsi da un giorno all'altro sotto l'influenza di affezioni accidentali. E queste affezioni sono moltissime, ma le più frequenti sono: la *sifilide,* l'*alcoolismo,* il *nicotinismo,* il *saturnismo*, l'*isteria*, l'*atassia locomotrice*, la *glucosuria,* l'*afasia* e l'*emiopia*.

1. Le atrofie delle papille per atassia, sono accompagnate quasi sempre da disturbi visivi cromatici, e questo pervertimento, spesso, precede ogni altro sintomo. Il verde ed il rosso sono i primi colori a perdersi; il bleu è l'ultimo. L'Autore ha visto rimanere integra la facoltà cromatica 1 volta su 20.

Nell'atrofia per nevrite, e nella nevrite stessa, la facoltà cromatica mantiensi. Nel glaucoma e nell'ambliopia per embolia dell'arteria centrale; finchè rimane un po' di vista, la facoltà cromatica rimane.

2. Nell'alcoolismo il pervertimento cromatico consiste ora nella cecità assoluta pei colori, ed ora nel contrasto successivo dei colori.

Dopo avere fissato il rosso, per esempio, il bleu apparisce rosso o violetto. Il verde, visto dopo il giallo, apparisce giallo o bleu.

E notisi che queste alterazioni sono congiunte facilmente all'ambliopia ed alla diplopia.

3. Il nicotismo produce l'ambliopia con scotoma centrale e dei disturbi cromatici simili a quelli dell'alcoolismo.

4. La sifilide può dare dei disturbi visivi, dei quali alcuni dovuti ad affezione centrale, ed altri consecutivi alla retinite e coroidite sifilitica.

La discromatopsia sifilitica varia all'infinito, secondo le forme e la natura della lesione.

Nella retinite, per regola generale, si hanno discromatopsie consistenti in diminuzione nella intensità delle sfumature. Nella retino-coroidite si hanno invece discromatopsie vere e proprie. Ed in generale i malati vedono il rosso, ma confondono il verde col grigio e col giallo.

5. Saturnismo. Può produrre la discromatopsia in ragione dei disturbi cerebrali che origina. E ciò che giova notare che i disturbi possono sorgere da un momento all'altro sotto l'influenza di qualche eccesso alcoolico.

6. La glucosuria egualmente produce discromatopsie per dato e fatto delle lesioni che è capace di produrre nell'occhio, come retinite emorragica, ambliopia senza lesioni, atrofie delle papille, emiopia omonima, con o senza afasia.

Nella emiopia glucosurica, con afasia mnemonica, l'Autore ha osservata la *discromatopsia mnemonica*, cioè la confusione dei colori per averli dimenticati. Un inglese di 70 anni ne ha offerto all'Autore un recente esempio.

L'Autore conclude: Per tanto bisogna sottoporre gl'impiegati ferroviarj ad un esame attento non una sola volta, ma più volte durante l'anno, per assicurarsi che non sia loro sorvenuto qualche nuovo fenomeno.

2. **Distensione dei nervi applicata alla chirurgia oculare.** *(Conferenza del* DE WEKER *fatta in Madrid il 22 febbraio p. p.).*

L'illustre maestro incomincia dal far osservare che il Nussbaum aveva introdotto nella chirurgia questo procedimento fino dal 1872, e poi fa la storia della distensione dei nervi fino ad ora citando il nome di diversi chirurghi e dando varie indicazioni bibliografiche.

Dopo questo l'A. si dimanda, se sarebbe impossibile il tentare la distensione del nervo ottico quando la maggior parte degli operatori, ed in special modo l'inventore di questo mezzo di cura, hanno proclamata la perfetta innocuità delle distensioni nervose?

Già l'A. stesso propose una operazione destinata ad aprire la guaina del N. O. per togliere il liquido cerebro-spinale che per effetto di soverchia tensione intracranica ivi si accumula e produce lo strangolamento della pupilla. Allora per mezzo di una spatola incurvata faceva guida ad un neurotomo curvo che veniva portato a cavallo del N. O. e ne apriva la guaina. Ma questa era operazione eseguita a tastoni e che faceva in tutti sorgere il desiderio di poterla eseguire allo scoperto. Studi opportuni dimostrarono all'A. che il nervo ottico è più facile raggiungerlo dal lato interno che dallo esterno, come per lui praticavasi ordinariamente.

Giacchè se è vero che la disposizione dell'orbita rende più facile all'esterno l'introduzione degli strumenti, da quella parte il nervo si afferra male o facilmente sfugge.

Ecco l'operazione. Aperte le palpebre, si taglia la congiuntiva per due centimetri tangenzialmente all'orlo della cornea. Si disseca il tessuto congiuntivale, si stacca il muscolo retto interno dopo aver passato un filo nel suo tendine; si apre la capsula di Tenone ed il tessuto cellulare subgiacente al globo oculare, e quindi si va in cerca del nervo ottico mercè spatole ad orli tondeggianti. Trovato il nervo, c'impadroniamo del medesimo con un forte uncino da strabismo, e nel tempo stesso attiriamo l'occhio in fuori mediante una pinzetta appropriata e fissata alla congiuntiva presso l'orlo corneale esterno. La trazione sul nervo e sulla congiuntiva si porta al punto da poter toccare il nervo con il dito ed informarsi delle condizioni al punto d'innesto al globo oculare.

Ritirato l'uncino si sutura il muscolo e la congiuntiva e si pratica la cura antiseptica.

Per ora l'A. si limita a costatare che in questo modo è dimostrata la possibilità di applicare al nervo ottico la distesione nervosa.

(*La Clinica de Malaga*, 31 Maggio 1881).

3. Nota sopra un processo sperimentale per la determinazione della sensibilità della retina alle impressioni luminose colorate (GILLET DE GRANDMONT, *Académie des Sciences*, 23 Maggio 1881).

Riguardo alla visione dei colori, l'occhio non conserva la sua sensibilità che grazie alla sua mobilità. Questa proposizione è presto provata dai fatti. Immobilizzata la testa e l'occhio, l'osservatore guardi fissamente un piccolo corpo colorato. Egli vedrà che i raggi colorati perdono a poco a poco il loro splendore fino a disparire completamente. In meno di mezzo minuto l'osservatore non vede più l'oggetto che gli è presentato.

Quando una porzione della retina è così presa da cecità relativa, la membrana sensibile ha perduta la porpora retinica e perciò la facoltà di vedere? Può ricevere altre impressioni luminose? Ecco l'importante a determinarsi.

Qualche istante di riposo lascia riapparire la sensibilità spenta per quel colore; non in modo totale ma parziale, come rilevasi da che ripetendo più volte l'esperienza, l'impressione è sempre più fuggitiva.

L'Autore conclude da ciò che la porpora retinica prontamente si estingue, ma che rapidamente si rigenera.

Riprendendo l'esperienza col porre una superficie bianca fra l'occhio e l'oggetto colorato, si vede ricomparire su quella l'immagine dell'oggetto colorato, ma nel colore complementare.

L'Autore conclude che dopo aver veduto tale o tale altro raggio colorato, la retina non è più suscettibile di percepire la totalità dei raggi luminosi, ossia la luce bianca; ma suscettibile soltanto ai raggi complementari.

Che se la retina non può percepire tutti gli oggetti dei quali i raggi la impressionano, essa può percepire l'immagine di oggetti che non esistono innanzi ad essa. Ond'è possibile di far nascere nell'occhio delle sensazioni subiettive ed a volontà, farle variare di forma e di colore. E ciò interessa molto la medicina legale.

Il *cromatroposcopio* dimostra ciò chiaramente. Consiste in un disco nero con delle aperture dietro le quali a talento si fanno comparire delle superfici colorate o bianche. Può essere molto utile aiutando a scuoprire le variazioni che la retina può presentare per la percezione dei colori, secondo che si manifestano i colori complementari.

Libri ricevuti in dono.

Dottori V. Brigidi e A. Tafani. — *Embriologia del Ciprinus Auratus.* Firenze, 1881.

Dott. Mariano Scellingo. — *Ambulatorio Clinico Oculistico fondato nell'anno 1875. Rapporto per l'anno 1880.* Roma 1881.

Dott. R. Secondi. — *Sull'Ambliopia dei bevitori e fumatori.* Napoli-Roma, Enrico Detken editore, 1880.

Dott. E. Velardi. — *Studio sulla Coroidite sifilitica.* Napoli-Roma-Palermo, Enrico Detken editore, 1881.

Dott. Romolo Bonagente. *Contributo allo studio delle Congiuntiviti.* Napoli-Roma-Palermo, Enrico Detken editore, 1881.

Prof. G. Albini e Dott. G. D'Angelo. — *Contribuzione alla Causistica oftalmica in Medicina legale.* Napoli, Dott. Leonardo Vallardi editore, 1881.

Dott. G. Mari. — *L'aberrazione nella visione dei colori.* Piacenza, 1880.

Dott. A. Paggi. — *Medicatura antisettica e Laparotomia.* Firenze, 1881.

D.r A. Dekeersmaecker. — *Le Daltonisme et les altérations du sens visuel en général chez les agents de l'Administration des Chemins de fer.* Rapport présenté à M. le Ministre des Travaux publics. Bruxelles, 1881.

D.r Jany in Breslau. — *Zur Sclerotomie bei Glaucom.* Druck von Metzger & Wittig in Leipzig, 1881.

Dott. Andrea Simi, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1881 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

UN CASO DI ALOPECIA CILIARE ALTERNA

pel Dott. Enrico Velardi

Avevo preso note del caso di cui segue la narrazione, perchè la stranezza di esso mi aveva vivamente impressionato, e mi ero già dal tempo in cui lo vidi, proposto darne pubblicità accompagnata da alcune mie riflessioni. Misi da parte queste note, e le avevo obbliate del tutto; per caso mi tornano fra le mani e do esecuzione all'antico mio progetto.

Nel settembre del 1876, presentavasi a me per consultazione, accompagnato da suo padre, un giovane dell'età di anni 16, di temperamento sanguigno bilioso, con colorito e capelli bruni, buona costituzione organica ed alto sviluppo scheletrico; figlio di genitori sanissimi, non aveva mai sofferto malattie apprezzabili o discrasiche. Il suo aspetto in quel giorno della prima visita mostrava la vestigie d'una certa sofferenza, poichè da più giorni questo giovane era travagliato da larvata cefalalgica a tipo accessionale e con lieve alterazione febbrile. La cefalalgia, che per alcune ore del giorno insieme alla febbre lo tormentava, diffondevasi dal cuoio capelluto ai muscoli frontali e parietali ed associavasi a nevralgia dei rami del 5° paio. Da due giorni però erasi a costui manifestato un fatto anormale e poco comune, forse di lievissima importanza per valore clinico, ma interessantissimo per la straordinarietà di esso: la palpebra superiore del suo occhio sinistro e l'inferiore del destro mostravansi totalmente prive di ciglia, cosa che deturpava curiosamente l'aspetto di questo povero giovane. Era un caso, per me perfettamente nuovo, di *madarosi alterna* (1).

---

(1) Nei trattati di ottalmologia moderni notasi un certo abbandono dell'antica nomenclatura. L'*alopecia ciliare* chiamavasi altre volte, e chia-

Principal compito era per me indagare qual fatto morboso avesse potuto causare la caduta di questi cigli, e quindi passai a rassegna nella mia mente tutte le anomalie che ordinariamente sogliono produrre questo fenomeno.

È conosciuto da ogni cultore delle mediche discipline, che l'alopecia ciliare il più delle volte è parziale e temporanea nei casi di eczema, di psoroftalmia, di blefarite marginale semplice o ulcerosa; essa può ancora parzialmente essere causata da produzioni parassitarie, come la ftiriasi, e l'altra più rara descritta da M. Schiess (1) di un parassita vegetale, le cui crosticine non sono che spore di favo, quel fungo *(achorion)* che costituisce la tigna favosa. È altresì temporanea, ma per lo più totale, quando è compagna ai casi di alopecia generale, per effetto di gravi malattie febbrili *(deflurium capillorum)*, o qual manifestazione secondaria della sifilide o del marasma sifilitico; o conseguenza anche qui di quelle tali malattie parassitarie che producono la perdita dei peli, la tigna, la porrigine decalvante, l'erpete tonsurante dovute al *Trichophyton tonsurans*, oppure di quell'alopecia idiopatica causata dal *microsporon furfur*, che caratterizza l'affezione detta *pitiriasis versicolor*. La madarosi infine parziale o totale e permanente dev'essere consecutiva a quelle lesioni del margine palpebrale seguite da tessuto cicatriziale, ferite, scottature, causticazioni forti, pustole vaiuolose, blefaro-adeniti esulcerative, le cui esulcerazioni hanno distrutto i follicoli piliferi. Permanente, benchè spesso parziale e riluttante a qualunque mezzo curativo suol'essere pure allorchè i bordi palpebrali son rimasti ipertrofizzati, duri e callosi in seguito ad ostinate infiammazioni, l'affezione cioè caratterizzata col nome di blefarite ciliare ipertrofica o *tilosi*. Nessuna

---

masi ancóra da alcuni generalmente *madarosi;* e quella particolarmente manifestantesi senza alcuna malattia delle palpebre, come il caso di cui trattasi, denotavasi col nome di *milfosi*.

(1) *Klin. Monatsbl.*, t. XI, p. 211.

di tutte queste morbosità riscontravasi, dietro la più minuta ed accurata osservazione, praticate pure con lente di ingrandimento sui bordi palpebrali del giovane; tutti i peli del suo cuoio capelluto, dei sopraccigli delle altre due palpebre presentavano un aspetto perfettamente normale e neppure la più lontana parvenza d'una produzione parassitaria; malattie interessanti febbrili non ne avea sofferto; di sifilide neppure il più lieve sospetto, nè di altre malattie discrasiche, come ho già affermato.

Essendo per me difficile pel momento la spiegazione del fatto, mi contentai attribuirlo vagamente alle accessioni cefalalgiche, proponendomi di studiare il modo come avea potuto prodursi. Prescrissi per la larvata cefalalgica forti dosi di solfato di chinina e feci spalmare con pennello sui margini palpebrali sprovveduti di ciglia del glicerolato al tannino; dopo pochi giorni fu combattuta la cefalalgia; dopo un mese circa i cigli eran tutti normalmente riprodotti. Avevo già pronosticato fin dal primo momento la quasi certa riproduzione dei peli, poichè la loro caduta essendosi effettuata quasi repentinamente, non potevo ammettere tale un processo da causare con quella celerità la completa distruzione del follicolo, fatto che d'altronde sarebbesi manifestato con una qualche anomalia dei bordi palpebrali stessi.

Ho domandato ora notizia del giovine Michele Pastore di Francesco da Salerno, ho potuto averne dalla famiglia, perchè egli trovasi in servizio militare ed è sergente nel 42° reggimento fanteria, 9ª compagnia, di guarnigione attualmente a Messina; mi si assicura che dopo quel fatto non si è più manifestata alcuna alterazione ed ha goduto sempre perfetta integrità di tutto il suo organo visuale.

La patogenia di questo strano caso di madarosi ha preoccupato la mia mente sin dal primo giorno che lo vidi; i miei studi sonosi ora rivolti a due obbiettivi, a rendermi cioè ragione: 1° della perdita dei cigli senza alcuna lesione morbosa del margine palpebrale; 2° della forma alterna.

Prima di ogni altro ho cercato se qualche cosa di simile, o pressochè fosse possibile riscontrare nella letteratura scientifica; ma per quanto abbia potuto rovistare, le mie ricerche sono riuscite del tutto infruttuose.

Corse primieramente la mia attenzione al sistema glandulare delle palpebre e per qualche tempo ho voluto a queste attribuirne la cagione. Tale idea, che a primo effetto parrà assurda, riflettendola, non lo è poi del tutto, avuto riguardo alla gran copia di ghiandule di cui son provveduti i nostri veli palpebrali e buona parte di esse in intimo rapporto con i follicoli ciliari.

Grazie all'anatomia microscopica siamo ora nella perfetta cognizione delle differenti varietà di glandule che entrano nella composizione delle palpebre. Sappiamo quindi che vi sono quelle di Meibomio, le sudorifere normali, le sudorifere modificate o ghiandule tubolose, quelle di Krause o acino-tubolose, le sebacee e le ciliari. Abbiamo su questo argomento il bellissimo lavoro con l'ammirabile disegno del prof. Waldeyer pubblicato nell'*Enciclopedia* di Graefe e Saemisch e tradotto da poco dal dott. Gaurav pel trattato di ottalmologia di Wecker e Landolt, non che i lavori del Sappey.

Di tutte le glandule summentovate, le sole che entrano in intima relazione con i cigli sono le sebacee, le sudorifere modificate e le ciliari; le altre non vi hanno alcun nesso, neppure quelle di Meibomio.

Le sebacee ordinariamente hanno il dutto escretore che si apre su di un punto molto vicino all'estremità inferiore del follicolo pilifero; se ne possono incontrare delle rudimentali, delle uniutricolari ed anche delle multilobulate; per lo più sono composte di tre o quattro otricoli. Alcune di esse, specialmente quelle di piccolo volume, sboccano direttamente sulla superficie marginale della pelle delle palpebre.

Di ghiandule sudorifere alle palpebre ve ne ha due va-

rietà; quelle situate sulla faccia esterna, che Waldeyer chiama sudorifere normali e che sono identiche di struttura nell'uomo a quelle delle ascelle e di altre regioni del corpo, tanto bene studiate in questi ultimi tempi da Heynold Hörschelmann Hesse in Germania ed Herrmann e Ranvier in Francia; e le altre situate tra i cigli, ma più profondamente, sono voluminose, tubulate nella porzione secretoria ed il loro canaletto escretore è pressochè rettilineo e va quasi sempre ad aprirsi nel condotto di un follicolo pilifero; qualche volta, in casi rari, sboccano anch'esse direttamente sul bordo libero delle palpebre. Queste furono segnalate e descritte sin dal 1857 dal Moll, in modo che Waldeyer le appropria anche il nome di glandule di Moll; sono state ultimamente studiate pure con molta accuratezza da Hubert Sattler (1).

Le glandule ciliari descritte dal Sappey sono annesse in numero di due ad ogni follicolo delle ciglia; la maggior parte di esse si compone di un sol lobulo molto semplice, ma ve ne sono pure delle complicate, però in più piccolo numero. Si aprono in un punto molto vicino all'estremità libera del follicolo, e segregano una materia sebacea analoga alla secrezione delle ghiandule del Meibomio; il prodotto di queste unito a quello delle glandule sebacee forma ciò che comunemente dicesi *cispa*. Sono rarissimi i casi in cui queste ghiandule manchino del tutto.

Ho pensato dunque per qualche tempo che un disturbo di nutrizione del segreto di queste ghiandole che hanno rapporti diretti coi follicoli e coi poli stessi, avesse potuto darmi spiegazione della caduta di questi; ma invero, ho dovuto abbandonare questa idea, non potendo convincermi d'un disturbo di nutrizione, seguito da effetto così repentino e simultaneo, di tutte le ghiandule di un velo palpe-

---

(1) Hubert Sattler. *Beitrag zur kenntniss der modificirten Schweissdrusen des Liedrandes*, in *Arch. für mikr. Anat.*, XIII.

brale, con la mancanza di ogni altra manifestazione nella porzione ciliare di essi veli.

Credo invece sia più probabile ammettere un fatto di *trofismo* in relazione con la cefalalgia e la nevralgia ciliare ad essa associata.

Nelle larvate la cefalalgia, è un fenomeno simpatico: ed in tutte le cefalalgie simpatiche non havvi lesione apprezzabile nè dei centri nervosi, nè dei loro inviluppi, ma la produzione del sintoma morboso è in massima parte devoluto ai nervi vasomotori (1).

Le azioni trofiche, o disturbi di nutrizione degli organi, han formato e formano tuttavia una seria quistione fisiologica, esse sonosi attribuite ai nervi trofici, contestati da molti, ammessi dai più. Oggi giorno i fatti di trofismo non possono mettersi più in dubbio. Sono dipendenti da speciali tubolini nervosi, che qualcuno ritiene appartenenti ai vasomotori, ed i quali si suppone esercitino una influenza chimica diretta sugli atti molecolari nutritivi? Sono devoluti invece a speciali fibre di alcuni nervi provvedute di questa azione? O devesi negare del tutto la loro esistenza, come inclina a credere lo Snellen? Le prime questioni non sono ancora risolute; sulla terza risponde bene lo Stefani. Se la mancata integrità di qualche centro o di qualche nervo è seguita da disordini nutritivi, o fatti di trofismo, non vi può esser quistione se vi siano o no nervi trofici; devesi invece ricercare nei singoli casi quale sia l'azione trofica esercitata dai singoli nervi; come cioè venga modificato il processo di nutrizione degli organi in seguito all'eccitazione dei nervi che in essi si portano (2).

Il P.r Albini in un pregevolissimo lavoro da lui letto nel marzo 1868 all'Accademia Medico-Chirurgica di Napoli (3)

(1) Rey. *Cefalea; Enc. med. ital.*, Vol. 2°, Parte 1a, pag. 582.

(2) Stefani. *Fisiol.; Nervoso Sistema; Enc. med. ital.*, Vol. 3°, Parte Ia, pag. 134.

(3) Albini. *Sui fenomeni trofici dei centri nervosi, ecc.*, 29 marzo 1868.

dice: che se non è chiaramonte dimostrata l'esistenza di questi nervi, non gli pare sufficientemente provato il fatto contrario, cioè la non esistenza. Egli quindi è inclinato ad ammetterli, e nutre l'idea che non abbiano origine dall'asse cerebro-spinale, ma dai gangli; rafforzato in questa opinione dal fatto che il sistema ganglionare rappresenta nel suo insieme il centro per le funzioni vegetative. Nei molti e svariatissimi suoi esperimenti ha avuto dei fatti indubitabili di trofismo non solo con la recisione del trigemino, specialmente al ganglio del Gasser, ma anche per la semplice compressione di questo nervo.

Sian dunque i nervi trofici degli speciali tubolini, appartengano essi ai vaso-motori, siano delle particolari fibre di alcuni nervi provvedute di questa azione, sia infine l'azione trofica dipendente dalla sola mancata integrità d'un ramo nervoso, posso io bene spiegarmi, in conseguenza della cefalalgia e della nevralgia del 5°, il disturbo di nutrizione temporaneo dei follicoli piliferi. Cessata la cefalalgia e la nevralgia ciliare, e ristabilitesi normalmente le funzioni nutritizie del follicolo, il pelo si è riprodotto.

Son comuni i fatti pratici che provano in modo irrefragabile l'influenza nervosa sulla nutrizione dei cigli. La canizie repentina di essi, e dei sopraccigli in seguito a violenta commozione traumatica della regione sopraciliare; quella improvvisa associata pure agli altri peli, per effetto di profonde emozioni morali, ecc. L'opinione di autorevoli scrittori non è meno esplicita sul riguardo: Schenkl (1) e Jacobi (2) attribuiscono la canizie ciliare, che è effetto di una depigmentazione del pelo, ad un disturbo di nutrizione per effetto di morbosa innervazione; e nella stessa *Enciclopedia* di Graefe e Saemisch, Michel (3) le dà il nome di *poliosis nervotica.*

---

(1) Schenkl. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, T. V, p. 137.
(2) *Klin. Monatsbl*, T. XII, p. 153.
(3) Graefe e Saemisch, T. IV, p. 411.

Come spiegare la manifestazione alterna?

Quei che ritengono i nervi trofici quali tubolini speciali opinano, che questi nel loro percorso si associano ai rametti di senso. È quindi da attribuirsi la manifestazione alterna ad una anormale azione di quei soli tubolini che accompagnano il percorso dei filetti discendenti del frontale 1ª branca del 5° pajo, alla palpebra superiore sinistra; e dei filetti ascendenti del mascellare superiore 2ª branca del 5°, alla palpebra inferiore destra?

O, ammettendo che i filetti di senso posseggano fibre trofiche, siasi limitata l'eccitazione alle sole fibre di quei due nervicciuoli?

È possibile invece che l'alterata integrità dei rami del 5° pajo abbia circoscritto la sua azione trofica solo ai filetti dei ripetuti rami?

O devesi infine ritenere come un fatto puramente accidentale?

Sinceramente, non so dirlo; e sarei gratissimo a chi avesse la cortesia darmene la spiegazione.

Napoli, luglio 1881.

RIVISTE

1. Cura della cheratite interstiziale e della sclero-cheratite con l'iridectomia. GALEZOWSKY *Recueil*. Luglio 1881.

L'A. fa osservare come in certi casi di cheratite interstiziale si hanno delle complicanze fra le quali le più comuni la sclero-cheratite, l'iritide e la iridocoroiditide; complicanze talora tardive e talvolta verificabili fino all'esordire del male. L'iritide ha un'importanza grande perchè mediante le aderenze dell'apertura pupillare che determina, da luogo ad un impedimento della circolazione linfatica donde difetto di nutrizione ed opacamento della cornea.

Da ciò viene l'indicazione per l'iridectomia.

Si potrebbe credere che dovesse farsi tardivamente, come opinò Saemisch, per non aumentare o riaccendere il momento flogistico e farlo più che altro per scopo ottico, ma l'A. dimostra che l'iridectomia non solo non

aggrava l'infiammazione, ma che invece è il rimedio il più efficace contro il prolungarsi delle malattie e contro le complicanze.

Questa dimostrazione è affidata a cinque storie e ad un quadro ove sono riassunte 26 operazioni tutte seguite da buon esito.

Quanto alla sclerite e sclero-cheratite l'A. fa osservare come la troppo lunga persistenza della flogosi sclerale e nella sua sede di predilezione (regione del cerchio ciliare e vicinanza della cornea) determini dei processi congestivi dell'iride e del cerchio ciliare con sinechie posteriori e versamenti sanguigni nel vitreo; e ciò come intendesi per le stasi venose che accompagnano la sclerotite.

Da questo l'A. trae l'indicazione per l'iridectomia. Esso dice che gli ha corrisposto egregiamente e conforta la sua asserzione con due storie riportate per esteso e con il riepilogo di 10 altre.

È curioso che queste operazioni furono fatte tutte sopra donne. E di quelle più sopra accennate 10 sopra uomini e 16 sopra donne.

1. **La chirurgia oculare conservativa**, *pel Dott.* SALVATORE VERDE.

È questo il titolo di un articolo che trovo nel fascicolo V del *Morgagni* (maggio 1881). Il titolo è appetitoso, ma l'articolo non corrisponde al titolo. Vi si racconta che un oculista dichiarò che dovevasi enucleare un occhio ferito, mentre vi erano molte e buone ragioni per non farlo; e si racconta che il Prof. Albini accorgendosi dell'errore del collega sconsigliò l'operazione e riportò dalla cura un felice successo.

Ora, non vedesi come tuttociò abbia che fare con la chirurgia conservativa, o per lo meno possa modificare per nulla i precetti che dalla medesima dipendono.

Trattandosi poi della questione della enucleazione del globo oculare per prevenire l'oftalmia simpatica, alla quale il dottor Verde accenna, il fatto che ci narra ne fa ne ficca, e questo per le seguenti ragioni:

1° L'infermo riportò la sua ferita l'8 marzo ultimo scorso, quindi il tempo trascorso è così breve, che il curante non può minimamente sostenere che ormai l'oftalmia simpatica è scongiurata.

2° L'oculista non avrebbe dovuto, quantunque avesse formulata la diagnosi « *ferita della cornea, apoplessia del vitreo, presenza del proiettile nel globo oculare* » devenire *ipso facto* all'enucleazione, ma bensì avrebbe dovuto incominciare di dove incominciò il Prof. Albini, cioè da una cura che valesse a mettere l'occhio ferito nelle condizioni da potere più facilmente guarire. Almeno di 1000 oculisti, 999 avrebbero fatto così.

FORMULARIO

Macchie della cornea (RADIUS).

Pr. Solfato di Cadmio . . .	Gr. 0,05	0,10
Sugna lavata	» 4,00	6,00

(Rivista ital. di terap. ed igiene).

BIBLIOGRAFIA

Gli *Archiv für Augenheilkunde* contengono: Ueber sogenannte Commotio retinae *(Herdegen)*. — Der Mechanismus der Accommodation des mens-

chlichen Auges *(Emmert)*. — Die klinische Bedeutung der sogen. Amyloidtumoren der Conjunctiva (nebst Mittheilung dreier neuer Fälle von Amyloidtumoren). Eine klinische Studie in zwei Theilen *(Kubli)*. — Casuistische Mittheilungen *(Treitel)*. — Zur Embolie der Arteria centralis retinae *(Hanse)*. — Subperiosteale Enucleation einer Elfenbeinexostose des Sinus frontalis, welche in die Nasen, und Augenhöhle vordrang. Heilung per primam intentionem *(Knapp)*. — Bericht über die Leistungen und Fortschritte der Augenheilkunde in der zweiten Hälfte des Jahres 1880 *(Magnus und Nieden)*.

PREYER W. in Jena. — Ueber den Farben. — Und Temperatur. — Sinn, mit besonderer Rücksicht au Farbenblindheit.

GOLDZIEHER. — Therapie Der Augenkrankheiten fur Praktische Adzte und studirende.

GOWERS. — A Manual and Atlas as Medical Ophtalmoscopy.

AI LETTORI

Con questo fascicolo, che è il 12° dell'annata, viene compiuto il modesto 3° volumetto del *Bollettino*.

Riandando il lavoro fatto in un anno di tempo pur troppo mi avvedo che non è stato più copioso, anzi molto minore che nelle annate precedenti. Ma ciò non è dipeso in me da stanchezza: tutt'altro! Sola ed unica cagione del poco lavoro che ho compiuto, la copia di altri lavori ai quali contemporaneamente ho dovuto attendere, la quasi totale mancanza di collaboratori per il giornale e di aiuti per l'esercizio della professione.

A queste difficoltà ora credo di aver provveduto e spero poterne dare un saggio nel fascicolo del prossimo settembre, con il quale s'inizia il IV anno di vita del periodico.

Dii favent! e con questo buon augurio prendo commiato da coloro che per avventura intendessero di abbandonare il giornale e saluto quelli che rimarranno nel proposito di seguitare a leggerlo. SIMI.

Dott. ANDREA SIMI, *Direttore responsabile.*

Firenze, 1881 — Tipografia Cooperativa, via Monalda, N. 1.

Indice alfabebetico delle materie contenute nel Vol. III.

(ANNO III).

A

Alopecia ciliare alterna (un caso di). Velardi . . . . . . Pag. 133
Ambliopia amaurotica per tenia. Morano 50
— alcoolica. Romié (de Liége) . . 93
— alcoolica e nicotinica. Laureiro. 96
Anopsia congenita. Davison . . . 67
Antiseptico (l'olio di ginepro come) nelle malattie oculari. Galezowski 120
Atassia locomotrice (sintomi oculari nell'). H. Jackson 68
Avviso al lettore 1
— 142

B

Bagni di mare nella ottalmia scrofolosa. Simi 128
Bibliografia 73
— 142
Blefaroptosi congenita (un caso di). Pereyra 109

C

Cateratta (discisione posteriore della) 5
— (delirio dopo l'operazione della) 84
Cauterizzazione ignea della cornea. Simi 125
Cecità pei colori in Italia. Meyer . 98
Cheratite interstiziale (cura della) e della sclero-cheratite con l'iridectomia. Gelezowsky. 141
Cherato-plastica (ricerche istologiche e sperimentali sulla). Angelucci e Neelsen 57
Chirurgia (la) oculare conservatica. S. Verde 141
Cisti iridee 116
Concorsi ai posti di pratica in Psichiatria 108
Congresso ottalmologico internazionale . . . . 16 e 37
Coroidale (due casi di rottura). Pereyra 109
Corrispondenza. Businelli . . 59 e 92
Cromatiche e visive (esame delle facoltà) negli impiegati delle ferrovie e bastimenti. Simi. 53, 61, 77, 85

D

Dacriocistide e cheratite-ipopion . 2
Daltonismo (sul metodo più pronto, semplice e sicuro per scuoprire il). Cohn. 121
— (la questione del) al III° Congresso di salvataggio. Simi. . . 13
— scomparsa (del) col riscaldamento dell'occhio. Cohn 50
— (sul) degli impiegati ferroviari. Lettera del dott. Maeller al dott. Spaak. 103
Descemetite. Armaignac 84
Discromatopsie patologiche e sue differenti varietà. Galezowski . . 129
Distensione dei nervi in chirurgia oculare. Weker 130

E

Edema maligno delle palpebre. Société de chirurgie, séance du 22 février 1881. 114
Entropion (annotazioni pratiche sulla cura dell'). Pratolongo . . . 92
Enucleazione di un occhio (tetano in conseguenza della). Chisolus . 82

F

Formulario 142

G

Ganglio ottalmico (escisione del) nell'asportazione di un sarcoma dell'orbita e dell'antro d'Igmoro . . 98

I

Illuminazione elettrica 5

L

Lenti coniche nel cherato-cono. Dor. 96
Listerismo nelle operazioni di cateratta 7

M

Midriatici e miotici (azione locale dei). 122
Miopia progressiva (tenotomia parziale dei muscoli dell' occhio per combattere lo sviluppo della). Abadie 49

N

Nevrotomia ottico-ciliare (conseguenze tardive della) 9
Notizie — Associazione ottalmologica italiana 99
— Direzione delle Strade ferrate romane ivi
— Sezione ottalmologica del Congresso internazionale di scienze mediche a Londra 100
— Dono della libreria Zannetti. . 124
— 12
— 76

O

Onice della cornea (un caso d'). Simi 101
Ossificazione intraoculare intorno ad un corpo estraneo metallico. Fernandez 48
Ottalmia simpatica (sulla cura della). Lawson. 67

P

Paralisi oculari consecutive a traumi cerebrali. Chevallereau . . . 51
Peritomia in Inghilterra 66

R

Rapporti morbosi fra l'occhio e gli organi digerenti. Rampoldi. . . 97
Retina e coroide (effetti del pus iniettato nell'occhio e specialmente sulla). Falchi. 113

S

Sensibilità retinica alle impressioni luminose colorate (processo sperimentale per le determinazioni della). Gillet de Grandmont . . 131
Senso dei colori (studi sul) negli Tschuki. Almquist 107
Società ottalmologica del Regno unito 56
Staffiloma trasparente della cornea (intorno alla cura della). G. Del Toro 123
Stafilotomia. Morano. 96

T

Tacchi alti alle scarpe e malattie degli occhi. 98
Tenotomia di un oculo-motore (effetti gravi di una) 11

U

Ulcera serpiginosa (contributo alla cura della). Danesi. 117
Ulcerazioni e suppurazioni gravi della cornea (della cura delle). Armaignac 58

